

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 124

LES INDICATIONS ET LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'HÉMICOLECTOMIE DROITE

DANS LA " STASE INTESTINALE CHRONIQUE "

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 mai 1930

PAR

Pierre-Raymond-Joseph PICHEVIN

Né à BORDEAUX (Gironde), le 14 mars 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	<i>Président</i>
		LANDE, professeur	<i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 124

LES INDICATIONS ET LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'HÉMICOLECTOMIE DROITE

DANS LA " STASE INTESTINALE CHRONIQUE "

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 mai 1930

PAR

Pierre-Raymond-Joseph PICHEVIN

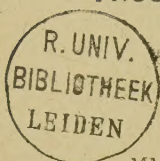
Né à BORDEAUX (Gironde), le 14 mars 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		LANDE, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale.....	VERGER
id.....	CASSAET.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
id.....	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.
Anatomie.....	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON
Hygiène.....	AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.
	Zoologie et parasitologie.....
	Médecine expérimentale.....
	Clinique ophtalmologique.....
	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....
	Clinique gynécologique.....
	Clinique méd. des maladies des enfants.....
	Chimie biologique et médicale.....
	Physique médicale et pharmaceutique.....
	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....
	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....
	Clinique des maladies des voies urinaires.....
	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....
	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
	Toxicologie et hygiène appliquée.....
	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
	MANDOUL
	MAURIAC.
	TEULIÈRES.
	ROCHER.
	GUYOT.
	CRUCHET.
	DENIGÈS.
	SIGALAS.
	BONNIN.
	PETGES.
	DUVERGEY.
	ABADIE.
	PORTMANN.
	LABAT.
	SELLIER.

MM DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie.....	DUBECQ.
Histologie.....	LACOSTE.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
Médecine générale.....	GREYX.
id.....	N.
id.....	AUBERTIN.
id.....	DAMADE.
id.....	PIÉCHAUD.
Maladies mentales.....	PERRENS.
	Chirurgie générale.....
	id.....
	id.....
	id.....
	Obstétrique.....
	id.....
	Ophtalmologie.....
	Dermatologie et syphiligraphie.....
	Pharmacie.....
	PAPIN.
	JEANNENEY.
	CHARRIER.
	LOUBAT.
	PERY.
	N.
	BEAUVIEUX.
	JOULIA.
	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	PERY.
Ophtalmologie.....	CABANNES.
	Puériculture.....
	Démonstrations et préparations pharmac.....
	Pharmacie chimique.....
	Zoologie et parasitologie.....
	N.
	N.
	GOLSE.
	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MES TANTES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE

Chirurgien des hôpitaux.

Qui inspira cette thèse, faible témoignage de reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous montra durant toutes nos études médicales. Nous n'avons eu d'autre ambition que d'exposer scrupuleusement un certain nombre de ses résultats opératoires qui restent encore la meilleure illustration des quelques conceptions que nous avons essayé de développer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. DUBOURG

Médecin des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu présider notre thèse.
Qu'il reçoive ici l'hommage respectueux
de son élève reconnaissant, en souvenir
de toute la bonté et de toute la bienveil-
lance dont il a fait preuve pendant tout
le cours de nos études, qui resteront
empreintes de la clarté magistrale de
son enseignement.

LES INDICATIONS ET LES RESULTATS ELOIGNÉS

DE

L'HÉMICOLECTOMIE DROITE

DANS LA " STASE INTESTINALE CHRONIQUE "

INTRODUCTION

Il a été tellement écrit depuis plus de vingt ans sur la « stase intestinale chronique » (S. I. C.) que cela paraît une gageure d'y apporter une contribution nouvelle. Nous n'eûmes donc pas de peine à établir notre bibliographie parmi l'abondante publication d'études d'importance diverse.

Le traitement chirurgical de la constipation, envisagé dès 1871 par Pozzi, étudié ultérieurement par Jeannel, Tuffier, n'a obtenu sa consécration définitive que grâce au célèbre chirurgien anglais Arbuthnot Lane. C'est à lui que revient incontestablement le mérite d'avoir attiré l'attention sur la constipation rebelle et ses complications; d'en avoir fait une entité clinique, un syndrome autonome auquel on a attaché son nom. En 1901, il publia son *Traitement opératoire de la constipation chronique*, et depuis, plus de quarante mémoires sur ce sujet. Il en donna la description clinique, à laquelle on a

peu ajouté depuis; en décrit l'étiologie et la pathogénie, qui, par contre, prêtent à discussion.

L'œuvre essentielle de Lane fut l'origine de multiples recherches. En Angleterre et en Amérique, la question fut étudiée par : Mummery, Pennington, Tuttle, Jackson, Chapple, Jordan, Barclay, Keith, etc. Par Haussmann, Wilms, Klose, Stierlin, Bicher, en Allemagne.

En France, Victor Pauchet s'est fait le propagateur des idées de Lane et, par ses travaux personnels, a beaucoup contribué à faire pénétrer dans le monde médical et chirurgical français les conceptions du chirurgien anglais.

Paul Delbet, en 1903, décrit la typhlite ptosique et en indique le traitement par la plicature du cæcum. Quénu, en 1906, étudie le cæcum mobile; Segond, la « colite chronique ». En 1914, Sorrel publie sa thèse sur la « Stase intestinale chronique ».

En 1913, Leveuf étudie la péricolite membraneuse. Lefebvre, de Toulouse, en 1919, dans un travail très documenté, entreprend un exposé complet de la chirurgie de la constipation.

En 1920, P. Duval et J.-C. Roux exposent la physiopathologie, les formes anatomo-cliniques et le traitement de la « stase cæco-ascendante ». Weiss et Porcher pratiquent une expérimentation minutieuse de la colectomie chez le chien.

De nombreux chirurgiens, Robineau, Lardennois, Desmarests, etc., publient de temps à autre le résultat de leurs interventions pour S. I. C.

Mais si l'accord semble réalisé au point de vue clinique, il n'en est pas de même au point de vue thérapeutique. Diverses techniques sont préconisées, depuis la simple plicature jusqu'à la résection colique complète, en passant par les diverses anastomoses entéro-coliques ou colo-coliques.

Chaque auteur se montre satisfait de sa méthode, expose une statistique des cas observés pendant un temps variable. Certains, plus éclectiques, se guident sur la nature, le siège et la gravité des lésions anatomiques pour choisir l'intervention qui leur paraît opportune.

D'autres, enfin, sont abstentionnistes, et, devant l'échec de quelques résultats, estiment que le jeu n'en vaut pas la chandelle; telle est l'opinion de Leriche, qui déclare à la Société de chirurgie de Paris (8 juin 1927) : « Avant 1914, j'ai fait quelques opérations pour stase : plicatures, anastomoses, colectomies. Je n'en ai plus fait une seule depuis 1919; tous les malades que j'ai suivis ont récidivé. Je ne crois pas qu'on puisse obtenir un succès véritable dans une maladie qui n'est pas une maladie purement mécanique de l'intestin. Pour ma part, je crois que nous devons nous abstenir devant ces cas, jusqu'au jour où nous saurons ce qu'est la constipation, maladie fonctionnelle secondaire, dont la cause est en dehors des parois intestinales mêmes. »

Devant une telle divergence de vues, émises par des maîtres dont l'autorité est incontestable, il est malaisé de se faire une opinion. Le médecin embarrassé, quand il réclame pour ses malades l'aide du chirurgien, ne sait à quel saint... les vouer. Et ces malades constipés, migraineux, épuisés par leurs régimes carencés, souvent cachectiques, considérés comme d'incurables neurasthéniques, profondément diminués au point de vue social, découragés par l'échec des divers traitements médicaux, en arrivent parfois à envisager le suicide.

Pour notre part, il nous fut donné d'observer un certain nombre de cas de S. I. C. dans le service de M. le Docteur Lefèvre, qui nous conseilla de les rassembler en vue de notre thèse, afin de préciser les indications et les résultats éloignés de l'intervention qui leur fut appliquée. Nous ferons tout d'abord un exposé sommaire de la symptomatologie de la S. I. C., puis, après une brève étude anatomo-pathologique des lésions rencontrées, nous essaierons, à la lumière des notions nouvelles de physiologie intestinale normale et pathologique, de justifier la variété d'interventions qui paraît convenir à la majorité des cas de S. I. C. qui sont habituellement confiés au chirurgien.

SYMPTOMATOLOGIE

Tout le monde est d'accord, à l'heure actuelle, sur la distinction qui s'impose tout d'abord entre la constipation habituelle, banale ou constipation gauche, recto-sigmoïdienne, dans laquelle, malgré la rareté des exonérations, on observe peu de troubles, et la S. I. C., caractérisée par des accidents d'ordre toxique engendrés par la rétention du contenu intestinal dans le cæco-ascendant et leur retentissement profond sur l'état général. Nous expliquerons tout à l'heure les raisons de cette distinction.

Il existe une forme commune et des formes cliniques, variées selon la prédominance et le groupement de certains signes.

FORME COMMUNE. — La S. I. C. s'observe plus souvent chez la femme adulte. Elle se caractérise, en général, par deux signes : *a*) la constipation, suivie ou non de débâcles diarrhéiques; *b*) la douleur prédominant dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen.

La constipation opiniâtre remonte le plus souvent à l'enfance. Le sujet, qui pendant longtemps n'a rendu que des selles dures et desséchées, sous l'influence de la colite surajoutée, évacue dans un second temps des selles à type cæcal, liquides, semi-liquides ou pâteuses.

Dans les formes de longue durée surtout, il existe un endolorissement continu de la fosse iliaque et du flanc droits. La station debout, la marche et l'effort éveillent des douleurs plus vives, ne cédant ni au repos ni au décubitus latéral gauche, comme on l'observe dans les cas légers.

Sur cet état douloureux continu, se greffent des exacerbations dont la fréquence et l'intensité mesurent habituelle-

ment la gravité de la stase. Brusquement, quatre à six heures après le repas, survient une sensation de colique, de ballonnement ou de torsion, accompagnée d'état nauséux, de sueurs profuses et d'altération du facies. Un bruit de glouglou dans la fosse iliaque droite, suivi ou non de débâcle diarrhéique, vient marquer habituellement la terminaison de ces crises. On y peut observer une élévation de température à 39 ou 40 degrés, mais, en général, elle ne s'élève que de quelques dixièmes, 37°5, 37°6.

LES SIGNES PHYSIQUES. — Bien qu'ils puissent être parfois assez effacés, leur recherche minutieuse aide souvent au diagnostic.

La palpation montre en décubitus dorsal et paroi relâchée, un cæco-ascendant distendu, gargouillant et douloureux, donnant une sensation d'empâtement.

Le refoulement de haut en bas et de bas en haut du cæco-ascendant réalise une distension douloureuse dans la fosse iliaque ou l'hypocondre droit. Il permet parfois de réduire la tumeur cæcale perçue à la palpation avec bruit de glouglou.

La percussion montre souvent du tympanisme de la fosse iliaque droite, et des bruits hydro-aériques.

LES SIGNES GÉNÉRAUX. — L'état général est surtout très atteint chez ces éternels malades. Ils ont un teint terreux, des yeux cernés. Amaigris, le plus souvent, leur asthénie est extrême, le moindre exercice les essouffle. La langue est habituellement sale et l'haleine mauvaise. Leur appétit peut être conservé, mais est souvent capricieux. Les digestions, lourdes, s'accompagnent de flatulence, d'aérophagie et de salivation.

La céphalée, à siège surtout occipital, est un symptôme presque constant; tenace, elle désespère les malades, car aucun médicament ne parvient à la dissiper.

TROUBLES HUMORAUX. — C'est surtout dans les formes graves qu'on peut observer des modifications notables de la formule sanguine : l'anémie est constante alors, de 3.500.000 à 3 millions (Enriquez, Lœper, etc.). De la leucocytose avec mono-

nucléose. De la diminution de la résistance globulaire attribuée par Lœper à une substance hémolytique, due à la prolifération microbienne ou issue des lésions de la muqueuse colique.

L'urée sanguine est normale; en général, mais l'acétonémie n'est pas rare.

URINES. — On observe fréquemment de la colibacillurie, de l'urobilinurie, et, à ce propos, Chiray montre la différence de l'atteinte hépatique : légère dans les constipations gauches, où l'on trouve de l'indoxyle urinaire et de l'acide glycuronique en abondance, et les constipations droites, où l'on n'en trouve que très peu, car les processus de conjugaison se trouvent très atteints par suite de l'atteinte plus profonde du foie, qui serait, pour lui, la cause de beaucoup de symptômes de la S. I. C. (teint plombé, fatigue générale, maux de tête, dépression psychique).

EXAMEN COPROLOGIQUE. — Il donne des renseignements précieux, mais qui ne sauraient servir cependant isolément pour établir un critérium de gravité des lésions hors de l'ensemble des arguments cliniques et radiologiques. Goiffon s'est attaché à isoler un syndrome coprologique des stases cæcales graves. Les selles doivent être recueillies de préférence en dehors des états aigus. Les éléments qui, selon Goiffon, permettent de conclure à la gravité des lésions pariétales paraissent être :

- les amas mucoïdes;
- les putréfactions anormales;
- la présence de spirilles.

SYNDROME RADIOLOGIQUE. — Tous les auteurs insistent sur l'importance de l'examen radiologique comme élément de diagnostic. Si leurs méthodes diffèrent, ils sont assez d'accord sur les résultats habituels de l'exploration. Pour les cas figurant dans nos observations, on procédait, en général, successivement au lavement et à l'ingestion opaques. Le lavement indique le siège des segments douloureux par distension, le

degré de ptose et le volume du cæcum, les accolements, les plicatures et leur degré d'irréductibilité.

L'ingestion renseigne sur la *durée* de la stase : quand le cæco-ascendant reste injecté de baryte de dix-huit à vingt heures après l'ingestion, on peut affirmer qu'il y a stase proprement dite. Mais on en voit de beaucoup plus longues chez tels malades de nos observations, de trois jours et plus (malade de Bécclère : deux mois et demi). On constate en plus de la rétention barytée : des douleurs diffuses siégeant le long du cæco-ascendant, la mobilité et la distension du cæcum. Et souvent l'examen de profil permettra de déceler les plicatures antéro-postérieures du cæco-ascendant qui paraît alors plus court que normalement. Tels sont les principaux signes fournissant « l'argument radiologique de la stase ».

(Il n'est pas rare de rencontrer des troubles fonctionnels à distance : ralentissement ou, au contraire, accélération de l'évacuation gastrique ou duodénale.)

FORMES CLINIQUES DE LA S. I. C.

Elles sont nombreuses et variées. Il est en effet de notion courante qu'une altération importante d'un segment digestif finit tôt ou tard par intéresser plus ou moins tout le tractus. Nous prendrons pour type la classification de Chiray et Lebon qui, suivant la prédominance de tels symptômes, distinguent les formes suivantes :

1° FORME HÉPATO-BILIAIRE. — Sous cette dénomination, les auteurs comprennent deux types cliniques voisins, mais distincts :

a) *Forme hépatique.* — Où la dominante clinique est fournie par la congestion active du foie, augmenté de volume sur plusieurs travers de doigts et douloureux tout le long de son bord inférieur. Coexistent des signes d'insuffisance hépatique tels que : la migraine, l'asthénie postprandiales, l'urobilinurie et la glycosurie alimentaire.

b) *Forme vésiculaire.* — Caractérisée par un syndrome de cholécystite non calculéux. On assiste à une alternance de paroxysmes douloureux, les uns du type colitique, les autres du type vésiculaire, alternance permettant de soupçonner l'étiologie. Dans les deux formes, on observe un teint jaunâtre, avec intermittence de subictère et d'ictère franc, accompagnés assez souvent de fièvre.

2° FORMES RÉNALES. — Consistant le plus souvent en accidents infectieux liés à l'inflammation des voies urinaires par des germes d'origine intestinale, surtout le colibacille. C'est à ces états que s'applique le qualificatif de « syndrome entéro-rénal » de Heitz-Boyer.

3° FORMES GASTRIQUES. — Le retentissement des affections intestinales sur les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac est un fait bien connu. Et de fait, à côté de simples troubles hypersthéniques d'ordre fonctionnel, on a pu découvrir des ulcères gastriques et duodénaux coexistant avec la stase cæco-ascendante.

4° FORMES PSEUDO-TUBERCULEUSES. — L'amaigrissement, l'asthénie, la température à grandes oscillations, font souvent prendre ces malades pour des tuberculeux, d'autant plus que la prédominance de certains signes impriment une analogie frappante, tels que : la toux, un épanchement pleural (disparaissant presque aussitôt l'intervention pour stase), le gros ventre en imposant pour une péritonite tuberculeuse. D'ailleurs, la S. I. C., où la colibacillémie est fréquente, peut se compliquer au même titre que les entérites, les appendicites chroniques, l'occlusion aiguë de manifestations pleuro-pulmonaires (Andréoli : syndrome pleuro-pulmonaire par colibacille. *Vie médicale*, 8 août 1924). Le diagnostic différentiel se fera par l'histoire clinique et la radioscopie.

5° FORMES ANÉMIQUES. — Décrites par Loeper; caractérisées par de la pâleur marquée et une hypoglobulie persistante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions observées dans la S. I. C. sont multiples, diverses et d'intensité variable. Mais avant d'en faire une description sommaire, il convient d'affirmer une notion capitale, particulièrement mise en évidence ces dernières années par P. Duval et son école. Les lésions maxima s'observent surtout au niveau du côlon droit (du cæcum au premier tiers du transverse) qui, par sa physiologie et ses malformations, est responsable de tous les accidents d'ordre toxique.

1° LÉSIONS MACROSCOPIQUES. — En premier lieu :

a) *Vices de position*, cæcum pelvien, cæco-ascendant, entièrement mobile; et très fréquemment les *plicatures antéro-postérieures du cæco-ascendant*, sur lesquelles M. Lefèvre attirait particulièrement notre attention : avec cæcum en avant ou cæcum en arrière, plicature du milieu de l'ascendant de telle sorte que l'angle droit repose sur l'ascendant avec lequel il est plus ou moins intimement accolé. Fréquemment, un processus de méésentérite rétractile au niveau des vaisseaux coliques rapproche l'angle droit du cæcum à la façon d'une pince dont on rapproche progressivement les branches.

b) *Lésions colitiques*. — Le cæcum surtout est épaissi, œdématié, montrant parfois un processus de scléro-lipomatose analogue à celui que l'on trouve autour de reins infectés. Sur l'ascendant, l'épaisseur des parois est inégale, il donne l'impression d'un sac sans pouvoir contractile.

A l'ouverture du côlon, on trouve souvent une muqueuse rouge foncé, ecchymotique par places, œdématiée avec de petites ulcérations.

c) *Lésions péricolitiques*. — Elles sont d'étendue et d'orientation variables. A côté de la membrane fine et légère du type Jackson, on rencontre des plaques épaisses, des brides d'aspect et d'origine nettement inflammatoires. L'épiploon est rouge et grenu, surtout dans sa partie droite. Dans les mésos des adénopathies nombreuses, ganglions mous, liquide d'œdème à la coupe, renferment parfois des abcès miliaires. La dernière anse iliale coudée par la bride de Lane est épaissie, distendue, œdémateuse.

2° *LÉSIONS MICROSCOPIQUES*. — On note une atrophie inflammatoire de la muqueuse, une remarquable atrophie de la musculature au niveau de laquelle se reconnaît de la vascularite et de la névrite.

On conçoit qu'ainsi transformé le cæcum-ascendant devienne un sac inerte, non contractile, réservoir de stase et douloureux par altérations névritiques.

Il est intéressant de mettre en évidence la fréquence de lésions appendiculaires qui, très probablement, dans certains cas, a déterminé la péricolite et souvent même la fixation en position vicieuse du cæcum.

PATHOGENIE

La théorie de Lane, qui montre la genèse de la S. I. C. dans la condensation, sous l'effet de la ptose congénitale, de voiles péritonéaux enserrant la fin de l'iléon et le cæco-côlon, contient certainement une grande part de vérité; car ne fait pas de S. I. C. qui veut, et parmi le très grand nombre de constipés habituels, il n'en est qu'une faible part qui arrivent, de l'avis de tous les auteurs, à présenter un jour ou l'autre les accidents caractérisés de la maladie de Lane. Des radioscopies, pratiquées à différents stades de la maladie, mettent en évidence le défaut de coalescence et la ptose du cæco-côlon qui amorcent ces plicatures antéro-postérieures de ce même segment colique que l'on rencontre presque constamment, soit à l'écran, soit à l'intervention. Certains auteurs, en particulier Lardennois, se sont attachés à montrer le rôle des processus inflammatoires aigus ou chroniques abdominaux (appendicite, cholécystite, etc.) dans la détermination de S. I. C.; créateurs d'adhérences et de brides péricoliques, ils entraveraient le transit au même titre que les voiles congénitaux à l'action desquels ils pourraient d'ailleurs se superposer (V. obs.), où l'on a pu suivre le processus par deux interventions successives éloignées de quelques mois). Quant au mécanisme des divers troubles toxi-infectieux qui, en somme, créent la gravité de la stase et l'individualisent, il est nécessaire, pour l'expliquer, de faire appel à certaines notions modernes anatomiques et physiologiques. De profondes différences individualisent les côlons droit et gauche. Leur embryogénie est différente, ainsi que leur irrigation. L'innervation est bien séparée : le côlon gauche par le nerf pelvien (issu des 3^e et 4^e racines

sacrées), dont l'excitation éveille des contractions en laissant intact le cæco-ascendant dont la motricité est assurée par le pneumogastrique, qui lui communique des mouvements anti-péristaltiques, contribuant ainsi à retenir dans ce segment colique proximal les résidus de la digestion.

Ces contractions rétrogrades prennent naissance d'un des groupes de cellules nerveuses du plexus d'Auerbach, décrit par Keith et Cannon et siégeant à l'union du premier et du deuxième tiers du transverse. A ce niveau, le côlon est susceptible d'entrer en spasme sous l'influence d'une irritation à distance sur le cæco-ascendant. Enfin, les processus digestifs sont différents : dans le côlon descendant et le rectum, les matières sont sèches et la vie bactérienne y est arrêtée, donc peu toxiques. Dans le cæcum, au contraire, elles sont maintenues en état semi-fluide par l'arrivée constante des liquides du grêle, les fermentations et les putréfactions s'y poursuivent activement. C'est donc là que la muqueuse altérée par la rétention favorisée par la ptose congénitale, la péricolite et les coudures, n'opposera plus sa barrière normale aux toxines et aux microbes qui, par voie lymphatique et sanguine, envahiront tout l'organisme en y provoquant les divers troubles et complications que nous avons décrits. Un cercle vicieux tend inévitablement à se former : la ptose et les inflammations chroniques provoquent la stase altérant la muqueuse, favorisant la péricolite, laquelle crée des coudures et des spasmes entretenant la stase. Toute thérapeutique ne tenant pas compte de ces notions se heurtera à des échecs.

DIAGNOSTIC

C'est donc un faisceau d'arguments : signes fonctionnels, palpation de la fosse iliaque droite, contrôle radioscopique qui nous permettra de porter le diagnostic de stase cæco-ascendante, à laquelle il faudra toujours penser quel que soit l'âge du sujet. Car toutes les erreurs sont possibles.

On prend presque toujours ces malades pour des tuberculeux : leur habitus : pâles et cachectiques, leur ventre douloureux et pâteux comme dans la tuberculose péritonéale, explique la confusion chez les jeunes sujets.

Chez les malades plus âgés c'est au cancer des côlons que l'on pense. Mais on ne trouve pas chez les stasiques la fréquence du sang dans les selles, et les images radiographiques typiques du cancer ou de la bacilliose. Malgré tout, l'erreur est possible, et l'on ne devra pour ainsi jamais refuser l'intervention; dans tous les cas, les malades ont le plus souvent tout à gagner en l'acceptant.

D'autre part, c'est la recherche systématique de la stase qui permettra souvent de dépister le point de départ du syndrome gastrique, hépato-vésiculaire, entéro-rénal, angineux ou pleurétique (V. obs.).

INDICATIONS OPERATOIRES

L'évolution des stases cæco-ascendantes est habituellement très longue, de cinq à vingt ans. Les crises douloureuses se rapprochent, la constipation devient plus opiniâtre, les débâcles diarrhéiques plus intenses avec les années.

Un traitement médical bien conduit (repos, régime, désinfection intestinale sous ses divers modes, diathermie, crénothérapie), surtout si les malades appartiennent à la classe aisée, est susceptible, dans certains cas, d'amender leurs troubles et de leur rendre la vie supportable. Car si la S. I. C. ne menace pas l'existence à la façon d'un cancer par exemple, elle peut la rendre intolérable par les divers troubles d'intoxication qu'elle engendre. Ceci nous amène à poser les indications opératoires, qui, pour tous les auteurs, sont les suivantes :

- 1° Les troubles de l'état général et en particulier l'amaigrissement progressif et l'asthénie extrême;
- 2° L'échec de tout traitement médical bien conduit;
- 3° La constatation radiologique de la stase qui est certaine après trente-six heures.

C'est en somme, on le voit, un critère de gravité dont on ne devra pas abuser, il est vrai, pour amener sur la table d'opération un sujet cachectique.

Cependant, dans les premiers temps de l'évolution de la maladie, certaines complications locales peuvent forcer la main, telles qu'une pyélonéphrite ou une cholécyste rebelles au traitement médical. Aussi bien, dans certains cas, ces complications sont-elles révélatrices de la maladie de Lane.

Comme dans bien d'autres affections du tube digestif, le médecin, le radiologue et le chirurgien devront collaborer. Mais si la chirurgie doit être mise à contribution, c'est sous deux conditions :

1° Procurer un bénéfice réel au malade;

2° Ne pas lui faire courir de trop grands risques de mort.

Quelles sont donc les opérations répondant à ces conditions ?

TRAITEMENT

Au début du traitement chirurgical de la S. I. C., on traite le cadre colique comme un réservoir dont il fallait assurer la vidange par n'importe quel moyen. De là les échecs et les résultats incomplets.

On peut, avec Robineau, diviser en trois grandes classes les procédés opératoires préconisés :

- 1° Libération des côlons fixés; fixation des côlons mobiles; plicature des côlons dilatés;
- 2° Anastomose de dérivation avec ou sans exclusion;
- 3° Résections du gros intestin.

Nous les envisagerons successivement.

a) *Libération* (ou « péricololyse » de Lardennois). — Indiquée dans le cas idéal de quelques adhérences bien limitées avec plan de clivage facile; c'est seulement dans ces cas-là qu'on peut avoir de bons résultats éloignés. Ce n'est d'ailleurs une opération bénigne qu'en apparence, car si la péritonisation a été difficile, non seulement les adhérences se reformeront et la stase se reproduira dans un temps plus ou moins éloigné, mais, dans les heures qui suivent, des accidents péritonéaux mortels peuvent survenir, sans doute par résorption septique massive au niveau des surfaces intestinales dépouillées.

b) *Plicatures et fixations*. — On ne comprend pas davantage comment la fixation ou la plicature d'un cæcum peuvent améliorer les contractions de sa couche musculaire que les examens histologiques montrent profondément altérée.

c) *Anastomoses de dérivation*. — C'est le court-circuit de Lane, dont le but recherché est le suivant : par une bouche

anastomotique entre la fin de l'iléon ou le cæcum, et l'anse sigmoïde, obtenir l'évacuation des matières dans le rectum. « L'anastomose iléo-sigmoïdienne ne modifie que temporairement la stase, même avec exclusion du gros intestin par section du grêle entre la bouche artificielle et le cæcum. Il y a reflux, et les accidents reparaissent avec beaucoup plus d'intensité. » (Robineau). Quant à la cæco-sigmoïdostomie, elle recueille plus de partisans; fonctionnant comme une soupape de sûreté, elle est susceptible de faire assez rapidement disparaître les troubles de la S. I. C.

Mais c'est, à notre avis, une intervention incomplète, laissant en place un cæco-ascendant, atteint de colite plus ou moins avancée, souvent plicaturé à l'extrême et gênant par conséquent le transit physiologique partiel qui lui est encore dévolu. « La poche septique persiste, d'où partent, par insuffisance du filtre microbien, les toxines et les agents infectieux allant à distance altérer profondément les autres tissus de l'organisme. » (Brohée, de Bruxelles.)

L'observation que rapporte cet auteur (*Bruxelles médical*, 24 janv. 1924) est d'ailleurs instructive : chez un de ses malades souffrant de S. I. C., il pratiqua une cæco-sigmoïdostomie, avec suspension en équerre du cadre colique, selon le procédé de Grégoire et Duval. Après des suites immédiates assez satisfaisantes, il y eut réapparition rapide de tous les symptômes. Réintervention, un an après, il trouve un étirement de la suspension antérieure, coudant le transverse et des tractus adhérentiels au niveau de l'anastomose, qu'il débride. Les troubles se sont amendés mais la constipation et le ballonnement persistent.

Dunet, de Lyon, rapporte, d'autre part (*Lyon chirurgical* janvier 1924), des accidents d'occlusion consécutifs à une cæco-sigmoïdostomie ancienne.

Donc opération facile, certes, mais incomplète à tous points de vue, la cæco-sigmoïdostomie, malgré quelques résultats appréciables, ne peut rivaliser avec la méthode qui consiste à réséquer le foyer septique. C'est le but des colectomies.

COLECTOMIES. — Nous n'envisagerons la colectomie totale que pour la réfuter, et ceci pour deux raisons :

- 1° Opération grave, comportant d'après tous les chirurgiens une mortalité élevée (40 p. 100 : statistique de Lambret);
- 2° Mutilation excessive dépassant inutilement le segment colique malade.

Car, à l'heure actuelle, tous les auteurs conviennent que les stases les plus fréquentes et les plus graves sont les stases cæco-ascendantes. Chez les malades opérés figurant dans nos observations, c'est au niveau du côlon droit qu'on trouvait les plus grossières et les plus profondes lésions. C'est donc ce segment colique qu'il convient d'enlever et l'hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse qui s'impose. Conservant une partie importante du cadre colique, elle met à l'abri des dissensions aiguës du grêle avec ballonnement et diarrhées incoercibles. Weiss et Porcher, expérimentant les colectomies chez le chien, ont en effet montré qu'il y a dilatation d'autant moins marquée du grêle qu'on laisse davantage de côlon.

Entre les mains de chirurgiens exercés, la mortalité n'est guère plus élevée que pour les interventions abdominales de pratique courante. Moynian rapporte 68 cas avec 2 morts. Robineau, 28 cas avec 1 mort; Lambret, 8 cas sans mort; Desmarets, 20 cas avec 1 mort; Johnson, 10 cas sans mort; Clark, 3 cas sans mort; Lefèvre, 25 cas sans mort. Soit, au total, 162 cas avec 4 morts. Elle ne comporte jamais de choc et sur des malades à bout de résistance on obtient des réunions *per primam*.

SUITES OPÉRATOIRES. — Excellentes chez la plupart des malades que nous avons observés. Ils ont de la diarrhée dans les huit ou dix premiers jours. La régularisation des selles exige de quelques semaines à quelques mois, elles sont d'abord pâteuses, puis moulées. Mais ce qui est frappant, c'est la transformation rapide de l'état général. Tous les phénomènes de stercorémie disparaissent dans les tout premiers jours qui suivent

l'intervention : le teint se colore, l'appétit revient, la langue se nettoie, l'haleine devient moins fétide, la céphalée, l'asthénie, disparaissent et, peu à peu, les forces reviennent à la convalescence avec l'embonpoint. La constipation peut encore s'observer de temps en temps, mais la prise d'huile de paraffine la combat aisément. Et surtout les malades ne souffrent plus et peuvent ainsi reprendre leurs occupations.

Dans certains cas cependant la régularisation des selles peut se faire attendre, et quelques épisodes diarrhéiques, du ballonnement, peuvent inquiéter le malade. C'est alors le rôle du médecin traitant d'établir un régime et un traitement adéquats, qui habituellement ont facilement raison de ces troubles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DUBOURG.)

Mlle V..., 35 ans.

C'est d'une grippe grave survenue en octobre 1918 que date le déséquilibre de sa santé. A l'asthénie profonde de la convalescence s'ajoutent des troubles digestifs (inappétence, fortes brûlures gastriques vers 16 heures et 2 heures du matin avec crampes et douleurs entre les omoplates, constipation de deux à cinq jours), mais cédant à quelques jours de diète et à de légères purgations. Mais elle est si faible et si déprimée que son médecin lui conseille la suralimentation (œufs, jus de viande, etc...) qui accentue alors les troubles digestifs; la constipation devient opiniâtre avec débâcles diarrhéiques très douloureuses la laissant épuisée. En même temps : douleurs continues avec exacerbations dans la fosse iliaque droite, gonflement, tension. Elle aurait eu à cette époque du sang rouge vif dans ses selles, qui n'aurait pas été d'origine hémorroïdaire. Deux médecins consultés à Paris la traitent sans aucun résultat pour l'appendicite chronique. Appendicectomie en juillet 1920, à Bordeaux, qui n'apporte aucune amélioration et, au contraire, semble avoir exagéré les troubles déclenchés par l'alimentation. Amaigrissement de 15 kilos depuis 1918. Consulte un entérologiste quelques mois après : celui-ci trouve à la radio une forte ptose des organes digestifs. L'examen du liquide gastrique après repas d'épreuve décèle : Hcl libre, 1,02; acidité totale, 2,55.

Traitement. — Régime, bismuth à doses massives et prolongées. Grosse amélioration, engraisse; en janvier 1922 a repris 10 kilos, qu'elle reperd rapidement à la suite d'une nouvelle grippe qui dé-

clenche une crise de diarrhée. Intolérance pour le lait et les œufs. Ne supporte que les légumes et encore difficilement. On constate l'existence d'un polype utérin dont on fait l'ablation. Les symptômes digestifs persistent. Consulte le Docteur Augistrou qui fait faire une radioscopie par le Docteur Debory : stase iléo-cæcale importante (plus de trente-six heures). Chaise-longue, régime tonique. Aucune amélioration.

Consulte, en août 1923, le Docteur G. Dubourg. La malade présente à ce moment-là un syndrome d'hyperchlorhydrie avec douleurs tardives se propageant dans le dos; douleurs dans tout le côté droit de l'abdomen s'exagérant avec la constipation. Les laxatifs, même légers, donnent de la diarrhée avec vives réactions coliques et lipothymies. Seul le laurosyl est efficace et bien toléré. Amaigrissement considérable, perte de l'appétit, constipée, émission de membranes, parfois de glaires sanguinolentes.

Examen. — Teint terreux. Ptose généralisée de tout le contenu abdominal. Clapotis gastrique. Légère sensibilité du côlon descendant. Cæcum mollassé, dilaté, peu mobile, très douloureux de même que le côlon ascendant.

Traitement. — Repos. Plâtrages bismuthés. Belladonne. Les symptômes gastriques s'amendent, mais les troubles intestinaux persistent, donnant lieu à des crises périodiques très violentes, avec débâcles diarrhéiques fétides. On essaie divers traitements sans succès : le képhir est très mal toléré par l'estomac, ainsi que l'urotropine; les ferments lactiques restent sans effet de même que toute autre thérapeutique.

La malade reste confinée à la chambre et au lit, s'alimente insuffisamment et chaque crise la laisse plus affaiblie.

Examen radioscopique (5 juin 1924). — Estomac très ptosé, sans lésions, se vidant dans les délais normaux. Bulbe duodénal un peu sensible, normal par ailleurs.

Quatre heures après le repas baryté : Traces de baryte dans la fin de l'iléon; le reste occupe le cæcum, l'ascendant et le premier tiers du transverse. Cæcum mobile, distendu, très douloureux. Ascendant déchiqueté, moins sensible. Pas de symphyse de l'angle droit.

Dix-huit heures après. — La malade a eu une petite crise amenant une copieuse selle barytée. Mince filet de baryte dans le transverse très spasmodique. Ascendant vide, mais cæcum encore rempli de bouillie opaque. La malade, alitée depuis trois mois avec fièvre à 37°3, 38 degrés, désespérée, réclame l'intervention.

Opération (22 octobre 1924). — Ether. Laparotomie latérale droite. On trouve le cæcum-ascendant dilaté, épaissi, recouvert d'un véritable fouillis de membranes vasculaires le fixant à la paroi, le rétrécissant, accolant l'angle droit. A sa terminaison, le grêle est épaissi, rougeâtre, oedémateux. Les mésos sont épaissis, infiltrés, avec de gros ganglions du volume de grosses cerises.

Hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-latérale.

Suites opératoires sans incidents.

Suites éloignées. — Pendant environ un an, la malade a eu des selles molles, fréquentes, avec parfois des poussées de diarrhée calmées par l'absorption de pancréatine. Elle n'a plus souffert, son état général s'est transformé et elle a pu recommencer à travailler. Progressivement le fonctionnement de son intestin s'est amélioré et depuis plusieurs années, elle n'a qu'une selle moulée par jour. Elle ne souffre plus de l'estomac. A la date du 15 janvier 1930, son état est aussi satisfaisant que possible (à noter la disparition totale d'une acné rebelle). Une radio, pratiquée un an après l'opération, a montré que la fin de l'iléon s'est dilatée et fonctionne un peu comme un réservoir cæcal néoformé. Le transit colique est un peu accéléré, puisque, dix-huit heures après le repas baryté, la tête de la colonne opaque atteint le rectum. Cependant, la première selle barytée ne se produit qu'au bout de vingt-quatre heures.

OBSERVATION II.

Mlle S..., 18 ans, est adressée au Docteur Lefèvre par le Docteur Mabille, de La Rochelle, pour amaigrissement, température et douleurs de la fosse iliaque droite.

M^{lle} S... a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 15 ans. Depuis cette époque, à la suite d'une typhoïde, s'est installée une douleur persistante dans la fosse iliaque droite et le

flanc droit. Une entérite est apparue, caractérisée par des débâcles diarrhéiques et des périodes de constipation, coïncidant avec des recrudescences douloureuses à droite, avec nausées et élévation thermique. Depuis six mois, malgré tous les traitements médicaux, malgré les cures thermales, M^{lle} S... va de moins en moins bien; elle a maigri de 8 kilos; elle a tous les soirs 37°8, 37°9, son teint a jauni, ses yeux se sont cernés, elle souffre tous les jours. Son état général est devenu si précaire qu'on a pensé à une atteinte de bacilliose, notamment de bacilliose iléo-cæcale. Elle a perdu l'appétit.

La radioscopie a montré une stase de plus de quarante-huit heures au niveau du cæcum avec rétrécissement du transverse.

Examen. — Jeune fille pâle, au teint terreux, amaigrie, peau chaude (37°8), donnant l'apparence d'une bacillaire.

A la palpation de l'abdomen, on trouve un ventre pâteux, le cæcum épais, douloureux, épaissi. Rien par ailleurs. Colibacillurie.

Opération (12 février 1925). — Ether. Laparotomie latérale droite. Le cæcum est ptosé et adhérent dans cette situation; il est rouge, épaissi, avec pointillé hémorragique. L'ascendant est plié sur lui-même dans le sens antéro-postérieur, l'angle droit accolé au cæcum, le tout recouvert de membranes de péricolite se propageant au-devant du duodénum. Il existe une coudure et une bride fibreuse enserrant le transverse, on la résèque. Gros ganglions dans le mésentère.

Examen histologique. — Pas de bacilliose, inflammation simple. Suites opératoires sans incidents. Le teint de la malade change à vue d'œil. Exéat le vingtième jour.

Rentrée chez elle, M^{lle} S... a parfois un peu de diarrhée, mais dans l'ensemble elle est très améliorée, son appétit est excellent, elle ne souffre plus. En juin 1925, elle a engraisé de 7 kilos, joue au tennis qu'elle n'avait vu pratiquer depuis trois ans. En août 1925, M^{lle} S... est subitement prise d'accidents abdominaux douloureux analogues à une perforation. Un chirurgien intervient et pratique une fistulisation du grêle. Le Docteur Lefèvre, appelé quarante-huit heures après, intervient et se trouve en présence d'une péritonite généralisée probablement par perforation d'un diverticule de l'S iliaque.

OBSERVATION III.

M^{lle} M..., 16 ans.

La malade entre dans le service de M. le Docteur Lefèvre, le 8 juin 1925, pour crises douloureuses de la fosse iliaque droite.

La première date de six ans et survint en pleine santé, sans avoir été précédée de constipation ni de troubles digestifs d'aucune sorte. Elle fut brusquement réveillée la nuit par une sensation de chaleur intense dans tout le corps et une douleur aiguë, lancinante, dans la fosse iliaque droite, sans irradiation, exacerbée par le moindre contact et suivie de vomissements et de diarrhée. Il y aurait eu peu de température au dire de la malade qui n'aurait été calmée partiellement que deux jours après par l'application de glace. Tout rentra dans l'ordre au bout de six jours, et la santé générale de M^{lle} M... n'en fut pas autrement altérée. Mais deux ou trois fois par an, jusqu'à l'époque actuelle, elle eut environ deux ou trois crises semblables à la première, mais moins intenses, d'une durée de quatre à cinq jours, calmées par le repos et la glace et survenant à l'occasion d'une fatigue ou d'un repas trop copieux. Ses selles étaient régulières, quotidiennes et bien moulées. C'est dans ces conditions qu'elle décide d'entrer à l'hôpital.

Examen. — Malade un peu maigre et pâle. Bonne denture, langue légèrement saburrale, haleine peu fétide.

A l'examen de l'abdomen, on note simplement une douleur à la pression profonde dans la région du point de Mac Burney. On ne reconnaît pas d'empâtement du cæcum dans la fosse iliaque droite.

Radioscopie. — Un lavement bismuthé de deux litres n'a pu parvenir à déplisser le côlon ascendant et le cæcum et a montré un accollement intime transverso-ascendant.

Opération (18 juin 1925). — Ether. Pas de cæcum dans la fosse iliaque droite après incision latérale droite. On ferme. Laparotomie médiane; on trouve le côlon ascendant fixé contre la colonne vertébrale, adhérent au flanc droit du mésentère et recouvert de membranes péricoliques vasculaires rouges; il est rétracté en sa partie médiane par une bande fibreuse. Cæcum mobile et lisse plongeant dans le petit bassin. Appendice normal très long. Transverse accolé

en canon de fusil sur 15 centimètres au côlon ascendant, à gauche de la ligne médiane. Hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie termino-latérale. Drain enlevé au bout de quarante-huit heures.

Suites opératoires sans incidents.

Les selles se sont régularisées au bout de trois mois, les douleurs n'ont jamais plus reparu.

Revue pour la dernière fois le 25 mars 1930, en parfait état.

OBSERVATION IV.

M^{me} B..., 46 ans.

Souffre du ventre depuis vingt ans, à la suite d'une crise douloureuse abdominale, au cours de laquelle elle eut des vomissements et de la fièvre. Depuis vingt ans elle est très constipée, n'allant à selle qu'à l'aide de laxatifs. Depuis dix ans, par intermittences, M^{me} B... présentait un ballonnement du ventre avec bruits hydro-aériques, coliques, nausées. De temps à autre, après une phase de constipation et de ballonnement, elle présentait des selles diarrhéiques, avec expulsion de gaz.

Depuis deux ans, la gêne abdominale est devenue plus considérable; le ventre est de plus en plus ballonné; les douleurs à siège ombilical et épigastrique sont de plus en plus persistantes et se montrent tous les jours; la constipation de plus en plus opiniâtre. La malade a maigri de 15 kilos, n'a plus d'appétit et, si elle essaie de manger, vomit ce qu'elle prend. M^{me} B..., ayant consulté son médecin, celui-ci constate du clapotage gastrique à jeun, fait pratiquer une radiographie, qui montre de la stase gastrique. En présence de ces symptômes : douleurs abdominales à siège fréquemment épigastrique, à horaire régulier (quatre à cinq heures après l'ingestion d'aliments); perte de l'appétit; vomissements; amaigrissement et signes radiologiques, elle est adressée à M. le Docteur Lefèvre, avec le diagnostic de sténose du pylore.

Examen. — Femme amaigrie, teint jaune paille. Le volume du ventre, ballonné et distendu, contraste avec la maigreur du sujet. L'abdomen fait une saillie, comme si cette femme portait un kyste de l'ovaire. Mais la saillie est surtout périombilicale et droite. La percussion montre de l'hyperonorité à ce niveau, et la succussion

fait entendre un bruit de flot. Il semble donc qu'il s'agisse d'une énorme dilatation gastrique avec stase, que semble confirmer l'examen radiographique (auquel nous n'avons pu assister).

Opération (27 février 1926). — Chloroforme. Laparotomie sus-ombilicale. L'estomac et le duodénum sont sains; pas de sténose ni de traces d'ulcus. Ce qui est dilaté, c'est le *cæcum*, du volume d'une tête d'adulte, remplissant tout le ventre, masquant tout; il est mince et translucide. L'appendice, scléreux, est recourbé et adhérent à la face antérieure du *cæcum* et à l'épiploon. Le côlon ascendant participe à cette énorme dilatation. L'angle droit est recouvert de voiles de péricolite qu'enserrent et rétrécissent le dernier quart de l'ascendant. A ce niveau existe une plicature antéro-postérieure, et l'angle droit et la face antérieure du côlon ascendant sont réunis. Le point rétréci siège dans la profondeur.

On pratique une hémicolectomie droite termino-latérale iléo-transverse.

Les suites opératoires sont sans incidents.

Revue en 1928 et en mars 1930, M^{me} B... va parfaitement. Elle n'a eu aucun malaise depuis son opération; son appétit est excellent, ses selles régulières et de consistance normale; son teint est coloré; elle a repris du poids, ne souffre jamais du ventre, et a pu reprendre son travail de cultivatrice.

OBSERVATION V.

M. B..., 61 ans.

Après six ans de séjour au Tonkin, il contracte la dysenterie amibienne en 1910. Et ce n'est qu'en mars 1917 qu'un traitement par des injections intraveineuses d'émétine guérit la dysenterie. Les premiers troubles actuels ont apparu pour la première fois en août 1916. Jusque-là, malgré la dysenterie, l'activité, le sommeil, l'état général, n'avaient pas été troublés. Voici comment M. B... décrit ces troubles. En août 1916, vers 1 h. 30 du matin, il était réveillé brusquement par des coliques généralisées à tout l'abdomen, lui arrachant des gémissements, avec sueurs profuses et tentances syncopales. Un bruit de glou-glou dans la fosse iliaque droite marquait la fin de la crise, qui durait environ trois quarts d'heure.

Dans la journée, le malade n'éprouvait à cette époque aucun

malaise; son appétit était conservé, mais il présentait des alternatives de diarrhée et de constipation tous les deux jours environ.

Depuis août 1916, chaque nuit, régulièrement, la même crise reparait, empêchant, du moment où elle s'est produite, le retour du sommeil.

Depuis 1920, les crises sont devenues plus fortes, les douleurs plus violentes, et du ballonnement localisé à la fosse iliaque droite se manifeste au moment de la crise. Depuis cette date, une crise analogue survient vers 5 heures de l'après-midi : douleur à droite, saillie arrondie se dessinant dans la fosse iliaque, malaise général avec douleur en ceinture et douleur dorsale. Au moment de la crise, M. B... est obligé de se courber pour marcher, ou doit s'étendre. La crise dure une heure environ, et se termine par des gargouillements; le malade arrive lui-même « en remuant le gonflement en tous sens et sans violence » à hâter sa disparition.

Depuis cette époque, M. B... a toujours continué à souffrir ainsi nuit et jour. Il a consulté des médecins à Cannes, Paris Châtelguyon, Vichy; il a subi des examens radioscopiques en 1921, 1922, 1923, 1925 et le dernier en 1926. Tous ces examens radioscopiques sont concordants; ils montrent une dilatation du cæco-ascendant de plus en plus accentué, une stase cæcale de quarante-huit heures en 1921 et de plus de quatre-vingt-seize heures en 1926, avec un rétrécissement au niveau de l'angle droit et un accollement antéro-postérieur à ce niveau.

Tous les traitements médicaux, y compris les eaux thermales, ont été essayés en vain. Le malade désire une intervention chirurgicale, que tous les médecins et chirurgiens consultés ont déclarée inopportune. C'est dans ces conditions que, revenant du Tonkin, M. B... vient consulter M. le Docteur Lefèvre, en juillet 1926.

On se trouve en présence d'un homme au teint terreux, pâle et amaigri (il a perdu 15 kilos). Il est complètement asthénique, tout à fait découragé. A la tête d'une très importante affaire, il ne peut plus la diriger, il n'a pu, dit-il, écrire une « lettre d'affaires » depuis cinq ans. Il demande à être délivré de ces troubles et est prêt à subir n'importe quelle intervention, « la vie n'étant plus tenable », dit-il.

Examen. — Sujet amaigri; ventre volumineux. Au moment de la crise de 5 heures, on note un ballonnement du volume des deux poings au niveau de la fosse iliaque droite, avec contractions péristaltiques. Il s'agit bien d'un cæcum énorme, distendu, gargouillant, clapotant. Le foie est augmenté de volume, légèrement sensible. Cœur mou.

Le diagnostic de stase cæcale est posé, l'intervention décidée.

Opération (19 juillet 1926). — Anesthésie au Schleich. Laparotomie latérale droite. On trouve un cæco-ascendant énorme; le cæcum atteint le volume de deux poings réunis. Tout le cæco-ascendant est épaissi, rougeâtre, œdémateux, entouré d'une gangue sclérolipomateuse. Le début du transverse est coudé en avant de l'ascendant et lui est intimement adhérent, fusionné par des membranes et des masses lipomateuses. De multiples brides rétrécissent l'angle droit, dont le sommet est fusionné avec le foie, en dehors de la vésicule biliaire. Gros mésos épaissis, lipomateux, avec gros ganglions. Terminaison du grêle épaissie.

Hémicolectomie droite très laborieuse, l'isolement et le décollement du cæco-ascendant étant très difficiles; l'angle droit est fusionné avec le foie, si bien qu'un peu de foie reste adhérent au côlon enlevé, d'où un suintement sanguin très abondant du foie nécessitant une hémostase par mèche.

Hémicolectomie droite; iléo-transversostomie termino-latérale; un drain et une mèche. Fistule intestinale au neuvième jour, située sur la suture terminale du transverse. Fin septembre, la fistule est tarie complètement. M. B... a changé de teint; la langue est rosée; l'appétit est revenu; tous les troubles morbides préexistants ont disparu. En novembre, il écrit de Canines au Docteur Lefèvre qu'il a pu reprendre enfin ses affaires.

Revu en octobre 1928 pour opération d'éventration et pour opération d'une rétraction de l'aponévrose palmaire. M. B... va à selle très régulièrement; son appétit est excellent. « Vous m'avez remis d'aplomb », dit-il au Docteur Lefèvre.

En novembre 1928, quelques douleurs sous-hépatiques se manifestent de temps en temps et, dans le courant de l'année 1929, M. B... se plaint de douleurs abdominales à droite, mais différentes

des douleurs précédentes. Examiné à Cannes, on affirme que M. B... présente « des troubles de circulation du côlon ascendant » !!! En septembre 1929, crise de colique hépatique nette avec fièvre, ictère, frissons. Appelé à Cannes, M. le Docteur Lefèvre diagnostique une crise d'obstruction cholédocienne.

Le 21 octobre 1929, M. B... est opéré à nouveau pour cholécystite calculieuse avec péricholécite sténosante.

Cholécystectomie; drainage de l'hépatique. Au cours de l'opération, vérification du transverse et de l'anastomose iléo-transverse. Le cul-de-sac du transverse, à droite de l'anastomose, n'est pas dilaté; le grêle n'est pas dilaté dans sa portion juxta-transverse; quelques anses sont adhérentes entre elles à ce niveau. Libération des adhérences.

Guérison sans incidents. Au début de décembre, M. B... pouvait repartir pour le Tonkin. De retour ces jours-ci, en avril 1930, il écrit au Docteur Lefèvre pour lui dire qu'il ne s'est jamais aussi bien porté.

OBSERVATION VI.

M^{me} M..., 29 ans.

A fait trois séjours aux colonies : un au Sénégal et deux autres au Dahomey. A 21 ans, elle contracte la dysenterie, dont elle reste atteinte durant six ans. Pendant cette période elle a deux enfants et fait une fausse-couche de quatre mois.

Depuis l'âge de 26 ans, c'est-à-dire depuis la guérison de la dysenterie, elle continue toujours à souffrir de l'hypocondre droit et, bien que n'ayant pas dans ses selles ni kystes, ni amibes, elle présente constamment des périodes alternées de diarrhée et de constipation, ces dernières accompagnées de ballonnement du flanc droit, de douleurs, de céphalées et de fièvre.

De retour de la colonie en 1925, M^{me} M... n'éprouve aucune amélioration dans son état douloureux de l'hypocondre droit et le fonctionnement intestinal reste toujours aussi défectueux. L'état général s'altère; M^{me} M... perd 10 kilos; son teint pâlit; ses forces diminuent, et un médecin spécialiste, consulté, trouve tout l'hypocondre droit sensible, un cæcum volumineux et douloureux; le rein

droit gros et sensible, avec colibacillurie abondante. Son diagnostic est colibacillémie ou bacillose.

La radio montre une stase de pus de trois jours au niveau du cæcum, avec déformation de la paroi cæcale interne, ainsi qu'une dilatation énorme du cæco-ascendant, très douloureux. Rien à l'estomac ni au duodénum.

Examen. — Jeune femme amaigrie, pâle, exténuée. Température à 37°8; pouls à 90. Alitée depuis deux mois.

La palpation de la partie droite de l'abdomen est douloureuse. On palpe un cæco-ascendant épaissi, enkysté, douloureux; le cæcum gargouille et paraît induré. Le foie n'est pas augmenté de volume. Pas de signe de Murphy; le rein droit est un peu gros et sensible. Langue saburrale. Rien à l'auscultation des poumons. M. le Docteur Lefèvre porte le diagnostic de péricolite avec stase cæcale ou bacillose iléo-cæcale.

Opération (7 décembre 1926). — Ether. Laparotomie latérale droite. On trouve un très volumineux cæcum, épaissi et oedémateux, recouvert de voiles épais de péricolite, ainsi que tout l'ascendant et la partie droite du transverse. L'ascendant présente deux brides scléro-lipomateuses qui le rétrécissent en deux points; la portion droite du transverse décrit une M majuscule, dont la partie inférieure des trois jambages est adhérente au cæco-ascendant. Mésos infiltrés, scléreux, renfermant de volumineux ganglions.

Hémicolectomie droite très laborieuse; le dégagement du transverse est particulièrement délicat. Vésicule saine. Suture iléo-transverse termino-latérale.

Suites opératoires sans incidents. L'examen histologique montre que l'appendice est atteint d'appendicite chronique. Au niveau du cæcum : l'inflammation simple, sans bacillose.

M^{me} M..., après l'intervention, ne souffre plus : ses selles se régularisent au bout de deux mois.

En 1927, grossesse, qu'elle mène à terme sans incidents. Revue en 1928-1929, M^{me} M... a repris son poids, son appétit, a une mine florissante, et n'a plus de troubles intestinaux. En 1930, elle revient pour douleurs de l'hypocondre droit, irradiées dans l'épaule droite, avec léger subictère. A la radio, son transit intestinal est normal,

plutôt un peu accéléré. Pas de dilatation du transverse ni de l'iléon; pas de douleurs au niveau de l'anastomose.

L'injection de tétraïode vient radiographiquement confirmer l'examen clinique de cholécystite calculieuse.

OBSERVATION VII.

D... (Yvonne), 41 ans.

Les troubles digestifs de cette maladie datent de seize ans environ. Les selles, qui avaient été normales, régulières, jusqu'à cette époque, perdirent subitement ces caractères. Cela débuta par une crise de diarrhée durant plusieurs jours, avec coliques généralisées, épreintes : selles fréquentes (jusqu'à 25 fois par jour), séro-sanguinolentes, sang rouge parfois, avec présence de glaires et de peaux. La malade est immédiatement soumise à un régime comprenant : lait, œufs, pâtes, confitures. Elle le suit un an et note une légère amélioration : les crises de diarrhée survenant plusieurs fois par semaine s'espacent. L'année suivante, en 1912, survient une crise d'appendicite aiguë qui exige l'intervention à chaud. A la suite de cette intervention, elle aurait présenté une légère poussée péritonéale, qui aurait rétrogradé au bout de dix jours. Mais depuis cette époque, la malade souffre presque constamment de pesanteur dans la fosse iliaque droite. La diarrhée, moins fréquente, persiste par la suite, avec les mêmes caractères quant à l'aspect des selles.

En 1922, la malade présente deux crises de pelvi-péritonite, en mars et en août, dont les suites pénibles commandent une hystérectomie subtotala en novembre 1922. A la suite de cette intervention, la malade fait une poussée de congestion hépatique avec ictère, selles décolorées, et il est à noter que, depuis, la malade a gardé un foie très sensible à la palpation, avec conjonctives légèrement subictériques.

Depuis cette époque, la diarrhée alterne avec des périodes de constipation de cinq à huit jours. La malade ne peut prendre un lavement ou un laxatif sous peine de provoquer des coliques très douloureuses, notamment dans la fosse iliaque droite, calmées par les compresses chaudes, la belladone ou de petits lavements laudanisés. De temps en temps, de petits vomissements bilieux. L'appé-

tit persiste néanmoins, mais l'état général s'altère à tel point que la malade, en septembre 1926, doit interrompre son travail.

Elle entre à l'hôpital (service de M. le Professeur Verger), le 8 février 1927, après s'être présentée à la consultation.

Antécédents personnels. — Convulsions dans la première enfance, qui ont duré jusqu'à 7 ans.

A. 10 ans : crise de rhumatisme articulaire aigu ayant duré trois mois.

Réglée à 17 ans, très irrégulièrement, jusqu'à sa castration (périodes d'arrêt de deux à six mois).

Antécédents héréditaires. — Père, 70 ans, en bonne santé; mère, 62 ans, en bonne santé; trois frères et une sœur en bonne santé.

Examen à son entrée à l'hôpital :

Inspection. — Rien de particulier.

Palpation. — On ne note qu'une douleur dans les deux fosses iliaques: On ne sent aucune tumeur. Le foie, sensible, dépasse de 2 centimètres le rebord costal. Pas de ptose rénale.

L'examen clinique ne décèle rien au niveau des autres appareils.

Analyse du liquide gastrique (10 février 1927). — Hypochlorhydrie.

La malade est transportée, le 13 mars, dans le service de M. le Professeur Lefèvre. Voici le compte rendu d'un repas baryté effectué le 16 mars, dans le service de M. le Professeur Réchou (examen douze heures après le dernier repas opaque) :

« Sont en réplétion le côlon ascendant jusqu'à l'angle hépatique, quelques particules formant une ligne constituant la première portion du transverse, cheminant parallèlement à l'ascendant, mais les deux conduits sont dissociables sur toute leur étendue. Complète réplétion du transverse à partir de l'union de son premier tiers et de son deuxième tiers; à ce point, douleur élective à la pression. La dissociation en position couchée permet de reconnaître la dernière portion du grêle. Impossible de mobiliser le segment en raison de la douleur, cette douleur correspond au Mac Burney, »

Quarante-huit heures après, le côlon est en réplétion totale, mais moins complète de l'ascendant.

L'examen radioscopique n'a pas été fait en position latérale.

L'examen à la radiographie montre qu'il doit y avoir une superposition antéro-postérieure du côlon ascendant et du cæcum.

Une réaction de B.-W. dans le sang est négative.

L'urée sanguine est de 0,40.

Analyse d'urine. — Albumine, 0; glucose, 2 grammes, et traces d'acétone disparaissant, le 22 mars, après administration d'insuline. La température est normale.

Opération (23 mars 1927). — Anesthésie : chloroforme.

Laparotomie latérale. On trouve le cæcum et le côlon ascendant repliés dans le sens antéro-postérieur de sorte que l'angle droit est collé à la face antérieure du cæcum. Une bride partant de la face droite du mésentère et venant s'insérer d'autre part sur le péritoine pariétal bride le côlon ascendant à sa sortie du cæcum. Au-dessous de cette bride, il en existe une autre, épaisse et courte; celle-ci à direction ascendante et rapprochant le transverse du cæcum. Hémi-colectomie droite avec iléo-transversotomie termino-latérale. Un drain.

Suites opératoires. — Le deuxième jour après l'intervention, la malade présente un pouls rapide, filant, à 112 le matin, et atteignant brusquement 132 dans l'après-midi. Aucune réaction abdominale. Lavage d'estomac vers midi, répété le soir, à 5 heures, ayant ramené une assez grande quantité de liquide brun verdâtre.

Dans les jours qui suivent, sédation et amélioration.

Le 1^{er} avril (neuf jours après l'intervention), la température, qui s'était maintenue aux environs de 37°4, monte brusquement à 38°6 avec paroxysme trois jours après à 39°8. Aucune manifestation abdominale. Mais, le 4 avril au matin, un des points de suture lâche, avec désunion de la paroi à la partie inférieure de la ligne d'incision sur trois travers de doigts. De plus, localisation pulmonaire. On constate, en effet, ce même jour, à l'auscultation, des signes de bronchite aux deux bases, l'existence d'un foyer de broncho-pneumonie à la base gauche, en arrière; souffle inspiratoire et expiratoire avec bouffées de râles humides fins à la fin de l'inspiration, en couronne.

Traitement. — Révulsion, sérum antipneumococcique, ipéca, digitale.

Le 7 au soir, état stationnaire.

La malade est restée ainsi pendant un mois, présentant le tableau clinique d'une broncho-pneumonie traînante à allure bacillaire. L'examen des crachats, à plusieurs reprises, ne montre pas de B. K.

Le 20 mai, on pratique un abcès de fixation. Après son incision, on assiste à une amélioration très nette de l'état général malgré un grand amaigrissement.

La malade part chez elle, le 25 juin; à cette date, l'examen du tube digestif montre :

Langue normale, non saburrale.

Haleine non fétide, pas de sensation d'empâtement de la bouche.

Pas de douleurs gastriques. L'appétit est revenu, elle s'alimente normalement.

Pas de nausées ni de vomissements.

Mais : Constipation opiniâtre (cinq à huit jours sans selles), malgré l'huile de paraffine; l'ingestion d'huile de ricin produit des coliques très violentes se terminant par une débâcle diarrhéique. Selles claires, jaunâtres, très dures au premier temps de la défécation, puis molles vers la fin de cet acte. Pas de décoloration, pas de coloration noirâtre. Elles ne contiennent ni sang, ni glaires.

On ne constate aucun symptôme anormal par ailleurs; pas de céphalée, pas de vertiges, pas de signes d'intoxication intestinale.

Un lavement opaque trois jours avant sa sortie de l'hôpital, le 22 juin, avait montré : un remplissage normal. On arrive à forcer la bouche iléo-colique. Pas d'image anormale. Bonne mobilité de toutes les anses en réplétion. Pas de point douloureux. La cicatrice est normale, la paroi souple.

Revue en avril 1930. Après l'intervention, l'état général de la malade s'est lentement rétabli, en quelques mois, les selles sont devenues moulées et régulières; son appétit est revenu; elle a pu reprendre son travail et n'a plus souffert depuis.

OBSERVATION VIII.

D... (Antonio), âgé de 30 ans, cultivateur.

Le malade entre à l'hôpital Saint-André, salle 15, le 14 mars 1927, parce qu'il présente depuis un an des troubles digestifs apparus au

décours d'un état infectieux caractérisés par de la fièvre pendant huit jours, une céphalée très violente et un énanthème buccal, vraisemblablement du type aphteux, qui aurait duré quinze jours. Il n'a eu, pendant cet épisode infectieux, aucune autre manifestation digestive qu'une constipation opiniâtre. Mais après la disparition de l'énanthème, le malade ressentit pour la première fois des douleurs gastriques légères ne présentant, semble-t-il, aucun rapport avec les repas et pouvant apparaître aussi bien la nuit que le jour... Elles n'étaient accompagnées d'aucun autre phénomène et cessaient spontanément.

Peu à peu, avec la répétition des phénomènes gastriques, survinrent des douleurs le long du côlon descendant, et surtout pendant les périodes de constipation de plusieurs jours; elles apparaissaient sans horaire fixe et semblaient plutôt influencées par le décubitus que par les repas. Si le malade restait couché sur le dos et surtout à plat ventre, il souffrait beaucoup moins que debout ou assis. A plusieurs reprises, il aurait constaté que ses douleurs étaient momentanément calmées par une pression forte du bas-ventre, capable de soutenir la paroi.

Depuis un an, les choses ont ainsi évolué, sans adjonction de signes nouveaux, sans hématurie, sans vomissements, sans méléna, avec, de temps en temps, quelques débâcles diarrhéiques peu caractéristiques.

Il fut soumis à un régime de légumes et de viandes grillées et consulta plusieurs médecins durant cette année, en particulier M. le Professeur Réchou, qui aurait pensé à une périoduodénite et aurait pratiqué une radioscopie abdominale, d'après laquelle il aurait fait subir au malade un traitement par les U.-V. et l'aurait ensuite envoyé dans le service de M. le Professeur Verger.

Antécédents personnels. — En 1917, pleurésie séro-fibrineuse droite d'une durée d'un mois et demi, sans phénomène abdominal. En 1921, crise aiguë d'appendicite traitée par la glace et opérée au vingt-quatrième jour avec bonnes suites opératoires.

Examen (14 mars 1927). — Homme un peu amaigri, au teint légèrement terreux. Pas de fièvre.

Appareil digestif : Langue propre. Bonne denture. Assez mau-

vaie paroi, hypotonique, très facilement dépressible et permettant une palpation anormalement facile des viscères. Cicatrice d'appendicectomie non adhérente, non douloureuse.

Estomac : Légère submatité de la région épigastrique. Pas de sensation de tumeur. Perception nette du rebord hépatique. Pas de clapotage, aucun péristaltisme provoqué après palpation.

Intestin : Sensibilité diffuse du côlon descendant et du transverse. Le côlon descendant est palpable et donne une sensation de corde colique. Il existe quelques gargouillements spontanés et provoqués, particulièrement au niveau du cæcum.

Rectum et anus : Pas d'hémorroïdes.

Réflexe abdomino-viscéral : La manœuvre de la sangle est positive.

Foie et rate : Normaux.

Appareil respiratoire : Séquelles de pleurésie droite, rétraction hémithoracique droite, augmentation des vibrations vocales, matité, atténuation du murmure vésiculaire.

Appareil circulatoire et système nerveux : Rien à signaler.

Examen coprologique : Nombreux kystes de lamblas.

Hypochlorhydrie gastrique.

Les autres examens sont négatifs.

Examen radioscopique. — *Estomac* : Petit, biloculé, dont le corps est repoussé par le côlon gauche. Evacuation assez rapide. Pas de point douloureux stomacal ou duodénal. Pas de stase duodénale. Le point douloureux accusé correspondrait au côlon transverse.

Le malade est transféré dans le service du Docteur Lefèvre et opéré le 6 avril 1927.

Anesthésie : Chloroforme.

Laparotomie latérale. On trouve le cæcum et le côlon ascendant recouverts de voiles membraneux adhérents en plusieurs points au péritoine pariétal, avec brides cylindriques unissant le cæcum et le transverse. L'angle droit, accolé en canon de fusil, recouvert de membranes vasculaires très serrées, est adhérent au foie en dehors et à la vésicule en dedans. Adhérences serrées entre les deux canons de fusil. Hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie termino-latérale. On met un drain.

Suites opératoires. — Le 6 avril, vers 5 heures, lavage d'estomac

ramenant 100 cc. environ de liquide verdâtre. Pas de vomissements par la suite. Le 7, au matin, malade calme, a reposé; on lui donne une cuillerée d'huile de paraffine, comme boisson du bouillon.

On enlève le drain abdominal qui a donné issue à un dé à coudre environ de liquide séro-purulent, d'odeur non fétide.

Bon état de la paroi. Température et pouls normaux.

Le malade sort de l'hôpital le 25 avril 1927 guéri; en très bon état général. Il a bon appétit, mange bien, a engraisé et ne présente comme trouble digestif que des douleurs de la fosse iliaque gauche qui le prennent une demi-heure après ses repas, cessent puis reviennent quand le malade a envie d'aller à la selle; elles disparaissent par la défécation.

Revu en avril 1930. Son état général s'est maintenu parfait, les selles se sont régularisées, le malade a pu reprendre son travail sans difficulté.

OBSERVATION IX.

M. T..., 49 ans.

Souffre du côté droit de l'abdomen et de la région lombaire droite depuis plus de vingt ans. Il a vécu en vrai sauvage depuis vingt-cinq ans, habitant presque seul dans une grande propriété de la Patagonie, aussi n'a-t-il pu jamais soigner son régime alimentaire. Par ailleurs, c'est un très gros mangeur, puisque un litre et demi de café au lait est sa ration de petit déjeuner, cinq à six côtelettes à midi et tout en proportion.

M. T..., depuis vingt ans, souffre du côté droit et présente des alternatives de diarrhée et de constipation, avec ballonnements de la fosse iliaque droite, bruits hydro-aériques. Les crises douloureuses, qui autrefois étaient espacées, sont devenues progressivement quotidiennes et rythmées par l'heure des repas, survenant vers 11 heures le matin, 5 heures le soir et minuit. Ces dernières années, les douleurs sont devenues continuelles avec irradiation dans la région lombaire, si bien que M. T... est venu en France pour tâcher de trouver du soulagement, ne pouvant continuer de mener sa vie d'homme des champs à cheval toute la journée.

D'abord traité comme lombalgique en Hollande et à Paris, il a subi tous les traitements physiques et médicamenteux possibles, fait des saisons à Barèges et à Dax sans résultats.

Passant à Bordeaux, vient consulter le Docteur François Leuret qui constate un gros cæcum gargouillant, clapotant et douloureux. Un examen radioscopique permet de constater une stase cæcale de plus de quatre jours dont aucun laxatif ne peut venir à bout. M. T..., maigrissant et perdant ses forces, réclame une intervention.

Examen (20 mai 1927). — On se trouve en présence d'un homme de 2 mètres de haut, légèrement amaigri, au teint rouge devenu jaune. Il se plaint d'être torturé par des douleurs et le mauvais fonctionnement de son intestin.

A la palpation de la fosse iliaque droite, on trouve un très volumineux cæcum douloureux, épaissi, clapotant, avec au-devant de lui une induration manifeste. L'ascendant est volumineux, douloureux, tendu. La langue est saburrale. L'abdomen montre les signes d'un amaigrissement important.

Opération (7 avril 1927). — Chloroforme. Laparotomie latérale droite. On trouve un côlon droit d'un volume énorme, plus gros qu'un volumineux avant-bras. Rouge et œdémateux entouré d'une péricôlite intense, qui fusionne l'angle droit et la vésicule. La terminaison du grêle est épaissie, fixée au détroit supérieur et descendant dans le bassin par rétraction mésentérique nodulaire et péritonite fibreuse. Gros ganglions de l'épaisseur du pouce dans l'angle iléo-cæcal, ainsi que deux ou trois modules mésentériques énormes analogues à des métastases de néoplasme.

Hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse terminolatérale. Intervention très difficile en raison des adhérences avec le foie, la vésicule et le duodénum. Durée : deux heures un quart.

Suites opératoires normales et sans incidents.

M. T... quitte la clinique au vingtième jour.

Examen histologique. — Pas de tuberculose ni de cancer. Inflammation simple.

Revu à plusieurs reprises. Les douleurs, le lumbago ont complètement disparu; les fonctions d'évacuation sont normales, le superbe appétit d'autrefois à réapparu.

En juin 1929, M. T..., après être allé en Hollande et en Angleterre, est reparti pour la Patagonie. Etant venu voir le Docteur Lefèvre avant son départ, il lui a déclaré qu'il ne s'était jamais senti

si bien et si vigoureux; jamais son intestin n'a aussi bien fonctionné. Avec un sac de 30 kilos sur le dos, il venait d'effectuer l'ascension du Pic du Midi.

OBSERVATION X.

M^{lle} C..., 18 ans.

Entré à l'hôpital, le 6 janvier 1928, pour douleurs de la fosse iliaque droite, constipation et amaigrissement. Elle a été opérée dans le service de M. le docteur Lefèvre, en 1925, pour appendicite. L'opération a été faite à froid à la suite de deux crises d'appendicite aiguës tout à fait caractéristiques. Au cours de l'intervention, on a constaté qu'il n'existait aucune trace de péricôlite membraneuse, pas d'adhérences entre le transverse et le cæco-ascendant; l'appendice était rétrocæcal, adhérent au cæcum, faisant un double coude à angle aigu.

Suites opératoires sans incidents. Pendant six mois la malade se porte à merveille. Puis apparaissent des douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs siégeant plus bas que celles de l'appendicite; elles sont plus diffuses, s'irradient vers les lombes; ces douleurs sont continues avec exacerbation le matin et le soir.

Pendant un an et demi, on la traite médicalement pour ces douleurs (compresses chaudes, diathermie, belladone, régime).

En janvier 1927, les douleurs deviennent plus intenses, s'accompagnant de fortes crises douloureuses au moment des règles avec fièvre à 39° et vomissements. En mars 1927, elle entre à nouveau à l'hôpital. Elle est opérée d'un kyste hématique de l'ovaire droit. *Au cours de cette intervention, on ne constate rien d'anormal au niveau des côlons et du cæcum.* Suites opératoires normales, mais la malade continue à souffrir légèrement du côté droit.

En juillet 1927, paratyphoïde; durant cette maladie, elle a souffert de douleurs très vives dans la fosse iliaque et le flanc droits, et pendant la convalescence, qui fut longue, les douleurs augmentèrent accompagnées de poussées de fièvre, d'alternative de constipation et de diarrhée.

Le 7 octobre 1927, M^{lle} C... entre à nouveau à l'hôpital. A ce moment, elle souffre d'une manière continue de tout le côté droit du

ventre et dans les lombes. Tous les deux ou trois jours, cette douleur s'exaspère en crises très douloureuses qui durent environ deux heures. Le côté, à ce moment, est ballonné; la crise se termine par un bruit de glou-glou sous-hépathique, et quelque temps après, il y a évacuation de gaz et de matières liquides. Le facies est pâle, terveux, la langue saburrale, l'haleine fétide, et la malade présente des céphalées fréquentes.

Le 8 octobre 1927, on constate que la région de la fosse iliaque droite est très sensible; pas de douleur sous-hépatique. En refoulant le côlon ascendant de haut en bas, on voit se dessiner un gros cæcum clapotant, gargouillant, douloureux.

La radioscopie montre un accolement entre le transverse et l'ascendant.

Opération (20 octobre 1927). — Ether. On trouve un accolement serré entre le transverse et le cæco-ascendant, une membrane vasculaire à vaisseaux parallèles les réunit. Le cæco-ascendant est enveloppé dans un voile de péricôlite très léger à vaisseaux très fins.

Libération de l'accolement, libération de la membrane de péricôlite. Le transverse est relevé et les anses grêles placées entre le cæco-ascendant et lui.

Suites opératoires normales. Revue au bout d'un mois, M^{lle} C... va très bien et ne souffre plus. Mais au bout de deux mois, les douleurs reparaissent avec tout le cortège de malaises décrits ci-dessus. Soumise à un traitement médical, rien ne peut améliorer les douleurs; la constipation opiniâtre est entrecoupée de crises diarrhéiques, la malade perd l'appétit et maigrit de 6 kilos malgré le repos le plus absolu. Découragée, elle demande une nouvelle intervention.

L'examen radioscopique par lavement montre de profil un accolement de l'angle droit et une plicature antéro-postérieure de l'ascendant. Stase cæcale de soixante-cinq heures.

Opération (18 janvier 1928). — Ether. Laparotomie latérale droite. On trouve le cæcum et l'ascendant couverts d'épaisses membranes vasculaires; il existe un accolement entre le transverse et l'ascendant. Mais cet accolement est antéro-postérieur avec transverse en avant. L'ascendant, très long, est plié en accordéon. La paroi est épaissie, oedémateuse, parsemée de piquetés hémorragiques. Le mé-

sentère, les mésentères sont épaissis et scléreux; on y trouve de gros ganglions mous et rosés.

Hémicolectomie droite très laborieuse avec anastomose iléo-transversée terminolatérale. Drainage de quarante-huit heures. Suites opératoires normales, sans incidents. Revue à plusieurs reprises en 1928 et 1929 : la malade a eu d'abord pendant trois mois de la diarrhée bi-quotidienne et quelques douleurs abdominales. Puis l'appétit est revenu avec l'embonpoint, les selles se sont régularisées, et Mlle C... a pu reprendre sa vie normale.

Vue pour la dernière fois en août 1929, elle était en excellente santé, ne présentait que de vagues douleurs au moment de ses règles.

OBSERVATION XI.

L... (Georges), 28 ans, manœuvre.

Entré à l'hôpital le 2 mai 1928 pour crises douloureuses de l'abdomen, apparues cinq mois auparavant pour la première fois, au grand étonnement du malade, qui avait toujours été bien portant. Ces douleurs, qu'il compare à une sensation de torsion de l'intestin, débutèrent, la nuit, au niveau de l'ombilic, et augmentèrent en s'irradiant vers les deux hypocondres, formant comme une ceinture; elles atteignirent leur paroxysme au bout de cinq minutes, puis cessèrent. Au bout d'une heure, nouvelle crise, absolument semblable, qui cessa de même, pour faire place, vers le matin, à une troisième. Puis tout rentra dans l'ordre. Pas de vomissement; pas de constipation ni de diarrhée. Il put se lever facilement et se livrer à son travail. Pendant cinq mois, aucun autre accident; il mangeait bien; ses selles étaient régulières et de consistance normale. Malgré cela, il maigrissait : son poids s'était abaissé de 10 kilos en 5 mois. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, il fut réveillé par une crise de coliques violentes, analogue aux premières, mais il avait, de plus, la sensation d'une boule dure dans l'hypocondre droit, avec de nombreux gargouillements; pas de vomissement. Au matin, tout rentre dans l'ordre; il peut se lever et sortir. Mais à midi, dès les premières bouchées du repas, se réveillent les coliques, dont la violence oblige le malade à se coucher. Il n'est soulagé

que l'après-midi, par un vomissement d'abondante bile jaune et de débris du peu d'aliments qu'il avait ingérés. La température ne fut pas notée. Le lendemain et le surlendemain furent calmes, mais, le quatrième jour, une nouvelle crise de quelques heures décida le malade à se faire admettre à l'hôpital.

Examen. — Sujet amaigri, mais à facies bien coloré. Langue propre. L'abdomen semble légèrement ballonné, sans péristaltisme perceptible. A la palpation : paroi souple, mais, dans la profondeur, la masse intestinale semble pâteuse, surtout à droite. Le foie n'est pas augmenté de volume. Signe de Murphy négatif. Mais l'hypocondre droit est très douloureux à la palpation profonde. Pas de sensibilité épigastrique douloureuse; pas de clapotage. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Le tubage gastrique ne décèle rien d'anormal, ainsi que les divers examens d'urine et de sang.

Depuis son entrée à l'hôpital, il a à plusieurs reprises présenté de petites crises, qu'éveille la prise d'aliments, et durant une heure ou deux; les jours suivants, le malade a 4 ou 5 selles par jour. Pas d'hyperthermie.

Radioscopie (ingestion). — Estomac ptosé, assez contractile. Première et deuxième portions du duodénum légèrement douloureuses. Aucune image anormale. Pas de ralentissement du transit au niveau du grêle. Six heures après, tout le cadre colique est rempli; mais le cæco-ascendant et la première portion du transverse forment un S douloureux à la pression profonde.

Lavement. — Déplisse ampoule rectale et anse sigmoïde, normales. La première portion du transverse et la terminaison de l'ascendant présentent une coudure antéro-postérieure, difficilement dissociable, en incidence antérieure, de mobilité restreinte, surtout mise en évidence quand le malade est couché sur le côté gauche, et douloureuse à la palpation profonde. Bas-fond cæcal non douloureux et mobile.

Opération (23 mai 1928). — Ether. Laparotomie latérale droite. On trouve le cæcum remonté sous le foie, avec l'appendice adhérent à la face postérieure du mésocôlon. Le côlon ascendant est replié par-dessus le cæcum, qui est au contact de l'angle droit. Membranes

vasculaires de péricolite intense, depuis l'angle droit jusqu'au point où le côlon se replie en haut et en arrière. Gros ganglions dans le méso. La dernière anse grêle traverse la fosse iliaque et vient s'aboucher dans le cæcum, en arrière et un peu au-dessous de l'angle droit. Au niveau du détroit inférieur, elle est coudée par une adhérence secondaire du méso. Libération et hémicolectomie droite termino-latérale. Iléo-transverse. Drain.

Suites opératoires. — Très bon état général. Ablation du drain au bout de quarante-huit heures; à peine un léger suintement de sérosité, qui persistera jusqu'au 10 juin. Lavement le troisième jour et, dès lors, 2 ou 3 selles spontanées par jour, liquides et jaune foncé; elles deviennent pâteuses puis insensiblement plus consistantes, et foncées dans les jours qui suivent, surtout à partir du 4 juin. Le quinzième jour de l'opération, la température, qui était restée normale depuis l'opération, s'élève à 38°4; anorexie; céphalée; douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, où l'on sent un placard douloureux assez profond. Ventre souple, non météorisé. Glace. Le lendemain, amélioration nette de tous les symptômes et, le surlendemain, tout est rentré dans l'ordre, après un écoulement plus abondant de sérosité louche par l'ancien orifice du drain.

A la sortie, le 22 juin, état général excellent; appétit parfait; selles normales, sans constipation; transit normal vérifié sous l'écran.

Reprend son travail le mois suivant.

Revu le 25 mars 1930 : En parfait état; n'a jamais plus souffert du ventre. Ses selles sont tout à fait normales. Dans les six mois qui suivirent l'intervention, elles s'effectuaient en deux temps, d'abord très dures, puis très liquides.

OBSERVATION XII.

M^{lle} R..., 20 ans.

A toujours été bien portante; mais, depuis quatre ans, constipation progressivement croissante et, à trois reprises différentes, des crises douloureuses avec vomissements et ballonnement abdominal généralisé. Depuis juillet 1927, la malade présente tous les jours des

douleurs dans tout le côté droit du ventre survenant de trois à six heures après le repas ou parfois tout de suite après. Elle éprouve à ce moment des coliques, du gargouillement, une sensation d'arrêt et voit un ballonnement se produire à droite de l'ombilic. L'amaigrissement est considérable : perte de 10 kilos depuis le début des troubles. Depuis un mois, évolue une pleurésie gauche avec fièvre légère à 37°8, 37°9, mais parfois avec poussées à 39 ou 40 degrés. La malade ne peut aller à selle sans laxatifs; leur usage détermine une diarrhée presque continuelle, mais sans cela elle resterait quinze jours sans évacuer son intestin. Depuis quinze jours, elle ne peut s'alimenter à cause de douleurs de plus en plus intenses dans le côté droit du ventre. Elle a consulté divers médecins, un peu partout, et le diagnostic récemment porté a été celui de tuberculose pleuro-péritonéale avec pronostic fâcheux.

Consulte le Docteur Lefèvre le 11 juin 1928.

Examen. — Jeune fille frêle, considérablement amaigrie, aux traits tirés, yeux cernés, nez pincé dont les ailes battent, la langue est sèche et fuligineuse. On a l'impression de se trouver devant une phthisique à la dernière période de l'évolution. Le ventre légèrement ballonné fait contraste avec l'amaigrissement du reste du corps et la saillie des épines iliaques. On y note les traces brunes laissées par l'application de rayons ultra-violet. A la palpation, on note une douleur diffuse à droite. Le cæcum est énorme, distendu, gargouillant, clapotant et douloureux. Le reste du ventre est indolore, mais pâteux. Pas d'ascite. Pleurésie gauche avec épanchement remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, cœur légèrement déplacé. Les sommets ne présentent rien d'anormal.

Foie augmenté de volume, insensible.

Température à 38°9; pouls à 120.

Rien dans les urines, sauf 2,80 d'acétone.

L'examen radioscopique montre un cæcum énorme, distendu, présentant une stase de quatre-vingt-six heures (l'examen n'ayant pas été poussé plus loin).

Après une consultation, on pense à la possibilité soit d'une tuberculose iléo-cæcale avec rétrécissement de l'ascendant et pleurésie tuberculeuse, soit peut-être à une stase intestinale cæco-ascendante

simple. La malade ne s'alimentant plus et dépérissant de jour en jour, on décide l'intervention après disparition progressive de l'acétone.

Opération (25 juin 1928). — Ether. Laparotomie latérale droite. Cæcum énorme, blanchâtre, épaissi, œdémateux, coudé à angle aigu sur l'ascendant et fixé par des brides et des membranes de péricolite. Sur tout l'ascendant existe une péricolite membraneuse intense, les mésos sont épaissis et infiltrés. Dans l'angle iléo-cæcal existent d'énormes ganglions mous, œdémateux.

Nulle part n'existent de traces de tuberculose.

Hémicolectomie droite et anastomose iléo-transverse termino-latérale. Le cœco-côlon enlevé présente des parois épaissies, œdématisées; la muqueuse est rouge, mais sans ulcération.

Suites opératoires sans incidents. Le lendemain, la température est à 36°8; le pouls à 90, alors que la veille la température était à 38°9 et le pouls à 120.

Le huitième jour après l'intervention, l'épanchement pleural diminuait et on pouvait entendre des frottements de retour; il était complètement résorbé au quinzième jour. Le liquide inoculé au cobaye n'a produit aucun effet et l'examen histologique du cæcum et de ganglions n'a pas montré de traces de bacillose. Les selles se sont régularisées, la température ne s'est plus élevée, l'alimentation a pu être reprise. En août, la malade pouvait faire quelques courses à pied, avait engraisé de 6 kilos; elle était encore un peu tourmentée par quelques crises diarrhéiques. Mais l'état général était transformé, et, au dire des siens, c'était une véritable résurrection.

Au point de vue intestinal, tout allait bien lorsque, en février 1929, elle a dû subir une néphrectomie pour pyonéphrose consécutive à une hydronéphrose par rétrécissement congénital de l'uretère qu'on avait essayé de dilater sans succès. Elle a parfaitement supporté cette intervention. Remise quelques mois après, toutes ses fonctions s'accomplissaient normalement, tous les appareils étaient normaux (mais pour des raisons intimes, M^{lle} R... faisait la grève de la faim et perdit ainsi quelques kilos).

OBSERVATION XIII.

L... (Berthe), 21 ans, domestique.

La malade entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin avec le diagnostic d'appendicite chronique. Pas de précision sur le début de ses troubles; mais elle se souvient qu'étant enfant elle était très constipée et avait par moments des crises abdominales si douloureuses qu'elle se roulait par terre en criant et pleurant. On lui supprimait alors la nourriture, car on attribuait ces crises à des excès alimentaires. Une diarrhée abondante terminait parfois ses coliques. Régée à 14 ans, ses règles sont douloureuses et accentuent la constipation. Depuis cette époque, endolorissement de tout le côté droit du ventre, avec impression de lourdeur et de ballonnement de la fosse iliaque droite, nausées sans vomissements; crises d'exacerbation de ces signes. En janvier 1928, après un voyage, une crise se déclenche, extrêmement vive, et s'apaise en quatre à cinq jours, mais elle perd ses forces et maigrit. La constipation cède un peu à l'huile de paraffine. Son emploi ne lui permet pas d'observer fidèlement un régime. Elle n'a jamais noté sa température.

Antécédents personnels. — Rougeole, grippe, oreillons, rhumes fréquents l'hiver, bronchite chronique.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Examen. — Facies bien coloré. Amaigrissement de 10 kilos en deux ans. Haleine normale, langue propre, bonne denture.

A la palpation : fosse iliaque droite douloureuse, avec maximum au niveau du point appendiculaire. Distension cœcale très douloureuse par refoulement de l'ascendant de haut en bas. Cæcum gros et gargouillant, sonore à la percussion. On ne note rien aux régions hépatiques et épigastriques.

Radioscopie. — Estomac légèrement ptosé, à évacuation un peu lente ne présentant aucune lésion organique ainsi que le pylore et le duodénum. Foie normal. Ralentissement de la traversée iléo-cœcale. Ptose généralisée du gros intestin surtout accentuée du côté droit. Point douloureux nettement localisé à la région de l'appendice et retrouvé dans toutes les positions imposées au malade. Côlon descendant très découpé dans ses contours, et contient dix-huit

heures après une quantité très notable du repas baryté dont l'évacuation à l'extérieur ne s'est pas produite.

Opération (10 mai 1928). — Balçoforme. Laparotomie latérale droite. Dolichocôlon ascendant dilaté avec membrane colo-pariétale située au tiers moyen de ce côlon. Cæcum et angle droit mobiles et faciles à extérioriser. Le tiers moyen est fixé dans la profondeur par cette membrane, de sorte qu'il y a plicature antéro-postérieure et que l'angle droit repose sur le cæcum. Repli péritonéal au niveau du mésocôlon ascendant déterminé par le rapprochement de deux artères coliques.

Libération des côlons fixés.

Suites opératoires immédiates, sans incidents.

La malade avait exigé une intervention minimum, mais très rapidement elle est reprise des mêmes troubles ayant motivé l'intervention. On est donc obligé de réintervenir.

Deuxième opération (18 juillet 1928). — Diagnostic préopératoire : Stase cæcale avec plicature antéro-postérieure du cæcum et d'ascendant confirmée par la radioscopie.

Ether. Laparotomie latérale droite. Il s'agit d'un cæcum et d'un ascendant repliés à angle aigu dans le sens antéro-postérieur. Cet accollement est dû à la rétraction par périvascularité sclérosante des vaisseaux coliques droits qui tirent comme des cordes l'un l'angle droit, l'autre le cæcum. Hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse. Drainage de quarante-huit heures. Suites opératoires sans incidents. La malade, revue en avril 1930, était en parfait état, les douleurs avaient disparu, les selles s'étaient régularisées au bout de peu de temps.

OBSERVATION XIV (résumée).

M^{me} B..., 37 ans.

Jusqu'à l'âge de 22 ans, la malade, bien portante mais toujours très constipée, éprouve un jour, trois heures après le repas, une sensation douloureuse brusque dans la région lombaire et l'épigastre difficilement calmée par la chaleur et le repos et accompagnée de vomissements alimentaires, puis bilieux. Crises analogues, presque

quotidiennes, pendant trois mois, exigeant parfois l'emploi de la morphine. Elle est mise au régime : lait et pâtes.

Les crises douloureuses, maintenant provoquées par la fatigue, s'espacent, elles siègent toujours à l'épigastre, mais, en outre, elle éprouve des douleurs continues de la fosse iliaque droite avec exacerbations calmées par cataplasmes chauds ou par les vomissements.

A des périodes de constipation variables (de trois à cinq jours) s'ajoutent des débâcles diarrhéiques. L'appétit est conservé, mais progressivement elle maigrit et perd ses forces, et pendant plusieurs années cet état persiste, mais avec des intervalles d'assez bonne santé quand le repos et le régime sont observés. En mars 1918, grippe, à l'occasion de laquelle une purgation au sulfate de soude déclenche une crise abdominale très douloureuse (coliques, ballonnement, vomissements). Après quelques jours de régime lacto-végétarien, tout rentre dans l'ordre; l'état général se relève progressivement, mais la constipation est aussi opiniâtre; la malade use fréquemment de lavements.

En août 1928, nouvelle exacerbation douloureuse, surtout dans la fosse iliaque droite, vomissements, débâcles diarrhéiques. Perte de l'appétit, insomnie, crises de sueurs, élévation thermique à 37°4, 37°5. Amaigrissement rapide.

C'est à ce moment qu'elle consulte le Docteur Lefèvre.

Examen. — Femme amaigrie. Teint terreux, langue saburrale, haleine fétide.

La palpation montre que tout le flanc et la fosse iliaque droits sont douloureux. Cæcum gargouillant, clapotant, pâteux, épaissi, douloureux. On dirait qu'il y a juxtaposition de deux portions d'intestin. Foie augmenté de volume et douloureux à la percussion. Signe de Murphy négatif. Toucher rectal et vaginal négatifs.

Radioscopie (Docteur Dubory). — 1° Réaction douloureuse réflexe de la loge vésiculaire.

2° Allongement gastrique peu important, sans signes de lésions organiques pyloro-duodénales ni de troubles fonctionnels.

3° Ptose réductible du transverse.

4° L'attention est surtout retenue par le cæcum et l'ascendant

courts, dilatés, douloureux, se vidant très mal et très lentement, et par un angle hépato-coliques également douloureux. Les parois et les contours irréguliers de ces divers segments présentent des ombres fixes et persistantes de lait baryté en quantité appréciable quarante-huit heures après l'ingestion.

Opération (9 octobre 1928). — Ether. Laparotomie latérale en dehors du grand droit. On trouve un cæco-ascendant volumineux, distendu, couvert de voiles vasculaires. Le fond de la fosse iliaque occupé par la réunion d'anses grêles plaquées sur le péritoine pariétal postérieur et couvertes par une membrane qui remonte en dehors de l'ascendant et va se jeter sous le foie et la partie droite du cæcum située en arrière de l'ascendant. Le fond du cæcum arrive au niveau de l'angle droit.

Péritonite plastique réunissant le transverse au bord gauche de l'ascendant. Gros ganglions enflammés dans les mésentères.

Hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-latérale. Drainage de quarante-huit heures. Suites opératoires sans incidents.

L'état général de la malade s'est rapidement transformé, les selles se sont rapidement régularisées.

Revue en avril 1930, sa santé est parfaite. Elle ne souffre plus.

OBSERVATION XV.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur E. DUBOURG.)

M^{lle} B..., 34 ans.

Début de la maladie en 1915, après une période de surmenage intensif. Ballonnement; constipation avec émission de fausses membranes; débâcles diarrhéiques; syndrome de dyspepsie hyperchlorhydrique. Reste étendue pendant plus d'un an avec régime très sévère : légumes et bouillies à l'eau. Ne supporte ni œufs, ni lait, ni viande. Maigrit beaucoup. Ensuite, pendant sept ans, se traîne en souffrant constamment, essayant tous les médicaments avec un régime très restreint. Devenue très nerveuse. Séjours à Arcachon, Barèges, etc. — Vue pour la première fois en juin 1923 par M. le Docteur E. Du-

bourg. A ce moment-là, très amaigrie (49 kilos pour une taille de 1 m. 67). Syndrome d'hyperchlorhydrie peu accentué s'accusant périodiquement. Constipation avec débâcles tous les huit ou dix jours, laissant la malade épuisée. Douleur spontanée de toute la moitié droite de l'abdomen.

Examen. — Rien aux poumons ni au cœur, ni aux autres appareils. Estomac très élargi et clapotant. Vive sensibilité solaire. Légère douleur duodénale. Foie normal.

Au niveau de la fosse iliaque droite, vive douleur diffuse, sans contracture de la paroi, sans localisation nette au point de Mac Burney et de Lanz. Signe de Rovsing positif.

Le cæcum, assez bas, est flasque et gargouillant; il est très sensible, mais moins que le côlon ascendant, qui forme une masse assez confuse dans la fosse iliaque et l'hypocondre droits. La palpation est rendue très difficile par la douleur très vive qu'elle provoque. L'angle hépatique est très douloureux également. Le transverse l'est moins : il est très spasmodique, de même que le côlon descendant. Pas de fièvre.

Analys. coprologique. — Flore de putréfaction abondante. Bonne digestion des diverses variétés d'aliments. Pas de signes d'une lésion importante de la muqueuse. Pas de parasitès. Pas de B. K.

Traitement. — Repos complet. Régime aussi abondant que possible; plâtrages bismuthés; huile de paraffine; piqûres de Gaurol. Amélioration. En deux mois, la malade reprend 3 kilos. Mêmes alternatives de constipation et de diarrhée avec périodes intercalaires plus longues. Les symptômes gastriques s'améliorent. Dans le courant de l'hiver, reprise de tous les accidents; crise de longue durée (plus d'un mois), durant laquelle la malade maigrit et perd tout le bénéfice acquis. Se remet ensuite lentement, mais toujours condamnée à l'immobilité. Les années suivantes, de 1924 à 1928, même situation, avec, cependant, une légère atténuation des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite. De plus, le cæcum et le côlon droits semblent plus libres, sont moins douloureux qu'au début, mais la malade reste une infirme et ne peut s'alimenter que d'une façon très insuffisante. D'une façon générale, elle va un peu

mieux l'été, mais est obligée de passer l'hiver dans sa chambre. Elle n'a jamais de fièvre, ou très peu, au moment des crises (38°2, 38°4); les crises d'hyperchlorhydrie persistent toujours. Dès qu'elle veut satisfaire ses fringales, apparaît une poussée du côté de l'intestin.

Examens radiologiques (Docteur Dubourg) (Résumé) :

Juin 1923. — Ptose de tous les organes abdominaux, surtout marquée au niveau du gros intestin (en station verticale : cæcum dans le bassin et angles coliques au-dessous des crêtes iliaques remontant un peu en décubitus dorsal). Dilatation du cæcum et surtout du côlon ascendant, très douloureux; accolement des deux branches de l'angle hépato-colique. Stase cæco-ascendante de quarante-deux heures.

1^{er} avril 1924. — Amélioration au niveau du côlon droit; moins de douleur. Mobilisation plus facile des divers segments; la stase cæcale ne se prolonge pas au delà de vingt-quatre heures.

30 avril 1925. — Mêmes constatations, à peu de choses près, que lors du premier examen, avec cette différence que la stase au niveau du côlon droit s'accroît et que l'on constate en plus une stase prolongée dans la fin de l'iléon.

On décide l'intervention.

Opération (17 octobre 1928). — Ether. Laparotomie latérale droite. On trouve : cæcum distendu, épaissi, ptosé; l'ascendant, très allongé et plié en S italique dans le sens antéro-postérieur, est maintenu dans cette position par des voiles membraneux et par des adhérences de l'épiploon à ses différentes portions. Des membranes vasculaires relient également cette portion du côlon au péritoine pariétal de telle sorte que toute cette portion de l'intestin repliée sur elle-même est masquée par un voile épiploïque en avant, et par un voile membraneux en dehors.

Hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-latérale. Drainage de quarante-huit heures.

Suites opératoires sans incidents.

Revue par le Docteur Dubourg le 3 février 1930. Depuis l'opération, l'alimentation a pu être beaucoup plus abondante, les selles plus régulières, quoique l'on observe toujours des alternatives de constipation et de diarrhée, mais beaucoup moins marquées qu'avant l'intervention. D'une façon générale, la malade a une selle quotidienne un peu molle. Il lui suffit d'un suppositoire pour la provoquer au besoin. De temps à autre, les selles sont un peu fermentées. La malade est alors améliorée par l'usage de la pepsine et de l'extrait pancréatique. L'état général est considérablement amélioré. Dans le courant de l'été 1929, la malade a eu une typhoïde qui a évolué normalement. Elle s'en est remise très vite, à son grand étonnement. Depuis, elle a été soumise à des fatigues physiques et morales qu'elle a supportées sans trop de peine. A l'examen, on constate que l'estomac est long, un peu clapotant, mais beaucoup moins dilaté. Pas de douleur duodénale. La fosse iliaque droite est absolument indolore. Seul le côlon descendant est un peu spasmodique et légèrement sensible.

Une radioscopie pratiquée trois mois après l'opération avait montré que quatre heures après un repas opaque, la baryte était passée en totalité dans la fin du transverse; dix-huit heures après, la malade avait une petite selle barytée, le reste de la baryte occupant le rectum, la sigmoïde et le côlon descendant, très spasmodique.

OBSERVATION XVI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DUBOURG.)

M^{me} L... (G.), 39 ans.

Vue pour la première fois en avril 1928 par M. le Docteur Dubourg. Pas de maladies graves, mais a toujours eu un teint cholémique. Constipée depuis longtemps; selles espacées de deux à cinq jours. A usé de tous les laxatifs et d'innombrables lavements.

Vers le début de 1928, apparition de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, s'exagérant avec la constipation; poussées congestives du côté du foie, avec accentuation du teint subictérique. Puis fièvre légère et douleur dans les deux régions lombaires, surtout

à droite, d'abord passagères. Vers le début d'avril, poussée de fièvre (39°5), avec frissons et sueurs profuses; douleurs très violentes du côté du rein droit. Urines troubles à l'émission, renfermant une assez grande quantité d'albumine, du pus et de très nombreux colibacilles. A ce moment-là, on trouvait à l'examen : cæcum et côlon droit fortement distendus, très douloureux dans toute leur étendue, sans réaction péritonéale marquée; un foie légèrement débordant, sensible, avec douleur maximum au point cystique; un rein droit abaissé, volumineux (bord inférieur au niveau de la crête iliaque), lisse, très douloureux au palper bimanuel; rein gauche un peu augmenté, mais dans des proportions moindres.

Traitement. — Huile de ricin et de paraffine tous les jours; grands lavages de l'intestin avec solution de nitrate d'Ag à 1 p. 20.000; 2 comprimés d'uroformine à 0,50; une injection quotidienne d'uroformine à 0,50. Amélioration passagère durant trois ou quatre jours : diminution de volume du rein droit, le cæco-ascendant se vide bien, est moins sensible, moins flasque et gargouillant. Puis réapparition des mêmes symptômes : tension douloureuse du côté droit du ventre, nouvelle poussée du côté du rein, nouvelle poussée thermique avec frissons et sueurs. Ces alternatives se répètent pendant près de trois mois. La vaccinothérapie sous ses divers modes, l'usage des divers antiseptiques intestinaux, restèrent sans grand résultat. L'alimentation était très difficile et l'amaigrissement devint considérable. Les urines restaient toujours purulentes. La malade entre alors à la maison de santé pour examen plus complet.

Cet examen porta d'abord sur l'appareil urinaire et montra que les reins n'étaient pas gravement altérés, que les symptômes de pyélonéphrite et de cystite étaient réduits au minimum et que les urines étaient troubles moins parce qu'elles étaient purulentes que parce qu'elles renfermaient une quantité considérable de colibacilles.

On pratiqua alors un examen radiologique complet du tube digestif.

Radio :

Estomac et duodénum. — Ptose extrêmement accentuée (estomac au pubis) sans autre lésion reconnaissable. Duodénum ptosé en to-

talité sans déformation du bulbe; léger ralentissement du transit au niveau des deuxième et troisième portions, sans stase véritable.

Intestin grêle. — Normal.

Gros intestin. — Cæcum et ascendant sont remplis quatre heures et demie après repas baryté. Ils sont extrêmement ptosés : en position verticale, le cæcum est dans le bassin, sur la ligne médiane; le côlon ascendant à cheval sur le détroit supérieur; l'angle hépatique au milieu de la fosse iliaque droite. Dans le décubitus dorsal, le cæcum reste très bas; l'angle hépatique remonte jusque vers la crête iliaque. Cæcum et côlon ascendant sont dilatés; leur contour est très déchiqueté; leur contenu, peu homogène, est parsemé de bulles d'air. Ils sont anormalement mobiles et sensibles de façon diffuse. Les branches de l'angle hépatique ne paraissent pas symphysés.

Neuf heures après. — Bouillie opaque en petite quantité dans le transverse jusqu'à l'angle splénique; la plus grande partie occupe encore le cæcum et l'ascendant.

Vingt-quatre heures après. — Baryte en quantité notable dans la fin du descendant, de la sigmoïde et du rectum. Le transverse est vide. Mais cæcum et ascendant sont encore remplis, très opaques et très douloureux à la palpation.

En résumé. — Ptose de tous les organes digestifs. Mobilité anormale du cæcum et de l'ascendant. Stase importante à leur niveau.

On décide d'intervenir.

Opération (8 novembre 1928). — Ether. Incision latérale droite. On trouve un cæco-ascendant volumineux, distendu, œdémateux, recouvert de membranes vasculaires; pointillé rougeâtre sur le fond du cæcum. Méso épaissi, gros ganglions de la région iléo-cæcale.

Lipomatose péri-intestinale. Pas d'accolements entre transverse et l'ascendant.

Hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-latérale. Suites opératoires sans incidents. Dès les premiers jours, le teint de l'opérée s'éclaircit, la langue est moins saburrale.

Revue trois mois après l'opération. Les selles sont régulières; les douleurs ont disparu; la fièvre ne s'est plus montrée; les urines sont claires. Engraissement de 6 kilos.

Revue en avril 1929 et en janvier 1930 en parfait état; de temps à autre, cependant, elle présente de petites poussées hépatovésiculaires, d'ailleurs très espacées, et atténuées par un traitement approprié.

De nouveaux examens radiologiques, pratiqués récemment, montrent que si la ptose de presque tous les organes abdominaux persiste, la perméabilité du gros intestin est normale. Dix-huit heures après repas opaque la baryte le remplit en entier; trente-deux heures après, elle a été presque complètement évacuée par une selle spontanée.

En résumé : Ptose abdominale généralisée avec mobilité anormale du cæco-ascendant; constipation opiniâtre avec stase dans ce segment. Infection chronique hépato-biliaire. Septicémie colibacillaire grave. Guérison par le traitement chirurgical.

OBSERVATION XVII.

M^{lle} J. L..., 31 ans.

Entre salle 1 bis le 13 octobre 1928.

Transatée de médecine pour troubles gastro-intestinaux (diagnostic ulcus gastrique); interrogée, elle ne raconte pas une histoire nette d'ulcus gastrique ou duodénal, mais plutôt se plaint de douleurs du côté de l'hypocondre droit; douleurs inconstantes, irrégulières, parfois en relation avec les repas, parfois sans horaire fixe. Elle souffre ainsi depuis huit ans, tantôt dans la fosse iliaque droite, tantôt dans la région épigastrique. Elle a parfois des vomissements avec vertiges, céphalées, fièvre. Alternatives de constipation et de diarrhée.

Examen. — Jeune femme amaigrie, pâle, yeux cernés, teint terneux, langue saburrale, haleine fétide.

Les douleurs les plus vives provoquées par la palpation siègent dans la fosse iliaque droite, sur cæcum, gros, tendu, épaissi, gargouillant, et sur l'ascendant: point de Murphy; légères douleurs au point duodénal.

L'examen radioscopique gastrique est négatif. Le tubage de l'estomac montre Hel +; pas de sang.

Le transit intestinal montre une stase cœcale de plus de soixante-quatorze heures avec un cæcum très douloureux, adhérent, plicaturé sans doute dans le sens antéro-postérieur.

Vésicule, après tétraïode, de forme normale, s'évacuant normalement. La malade a subi entre 1921 et 1924 l'appendicectomie.

Il semble, au point de vue clinique, que la lésion prédominante soit la péricolite avec stase cœcale et peut-être duodénite et cholécystite.

Opération (26 octobre 1928). — Ether. Laparotomie latérale droite. On trouve une légère périduodénite avec péricholécystite, mais sans altérations notables de la vésicule et du duodénum.

Par contre, il existe une péricolite droite intense avec membranes colo-pariétales et colo-coliques pliant l'ascendant sur le cæcum à angle aigu, dans le sens antéro-postérieur; la branche inférieure de l'angle est très dilatée. Gros ganglions dans les mésentères.

Hémi-colectomie droite avec iléo-transversostomie termino-latérale.

Suites opératoires sans incidents.

Examen histologique. — Inflammation simple.

La malade a d'abord été très améliorée : reprise de l'appétit, langue rosée, reprise de l'embonpoint et des forces, selles normales.

En novembre 1929, elle revient parce qu'elle souffre atrocement de l'estomac. L'examen radioscopique, la clinique, le tubage confirment le diagnostic d'ulcus de la deuxième portion du duodénum.

Le 30 décembre 1929, nouvelle intervention. Ether. Laparotomie sus-ombilicale. On trouve quelques adhérences de l'épiploon à la paroi. L'anastomose iléo-transverse est souple sans adhérences, sans dilatation du grêle ni du cul-de-sac du transverse, sans épaississement de l'intestin.

On trouve une induration sur la deuxième portion du duodénum adhérente au foie sous la vésicule. Le duodénum est rouge, épaissi. Périgastrite postérieure intense et périduodénite. Gastro-entérostomie avec exclusion du pylore au crin. Suites normales.

Revue en avril 1930 : va beaucoup mieux, a pu reprendre son travail de cuisinière, présente encore quelques céphalées et quelques troubles digestifs.

OBSERVATION XVIII.

M^{lle} P..., 37 ans.

Souffre du ventre depuis l'âge de 7 ans. Elle commença à éprouver dès ce moment et de temps à autre une douleur dans la fosse iliaque droite éveillée par l'effort et dont l'intensité l'obligeait parfois à se plier en deux. Son appétit était conservé; elle n'avait ni constipation ni diarrhée. Réglée à 13 ans, ses règles étaient régulières, mais douloureuses et peu abondantes. Vers l'âge de 16 ans, les crises douloureuses abdominales devinrent plus intenses, prédominant à la fosse iliaque droite avec sensation de tension et de gonflement; elles s'irradiaient ensuite à tout l'abdomen. Elle présentait de plus des périodes de constipation de deux à trois jours, suivies parfois de débâcles diarrhéiques. A la même époque s'installa une choréïdite avec décollement de la rétine au niveau de l'œil droit, rebelle à tout traitement spécifique et qui amena une perte totale de la vue de cet œil-là à 22 ans. Sa lassitude était extrême et pendant des années la température s'élevait à 38 degrés le soir. A 22 ans, elle subit une appendicectomie, mais contre tout espoir : la fréquence et la violence des troubles digestifs augmenta, la fin des crises est marquée par un bruit de glouglou dans la fosse iliaque droite; les vomissements sont fréquents et sans horaire fixe; la température vespérale persiste, et son médecin, dont l'attention est éveillée par une petite toux sèche et persistante, trouve au niveau du sommet droit quelques signes d'imprégnation qu'il croit être de nature bacillaire (la preuve n'a jamais été faite). En décembre 1929, elle consulte le Docteur Lefèvre; depuis quatre ans, les crises abdominales deviennent plus douloureuses, la constipation plus opiniâtre avec débâcles diarrhéiques contenant du sang et des fausses membranes. Echec de tout traitement médical.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'aortite à 58 ans, ayant présenté, paraît-il, dans sa jeunesse, un début de tuberculose pul-

monaire. Mère vivante et bien portante, n'ayant jamais fait de fausse couche. Un frère bien portant.

Examen (20 décembre 1929). — Malade considérablement amaigrée, perte de poids de 5 kilos depuis le mois d'août. Perte des forces, la moindre marche fatigue la malade, très déprimée aussi moralement.

A l'examen du ventre, cicatrice d'appendicite. Douleur diffuse de tout le côté droit du ventre où la palpation montre un cæcum épaissi, pâteux, gargouillant, douloureux, et que la pression avec refoulement vers le bas distend douloureusement.

Teint terreux, langue saburrale, perte de l'appétit. Température vespérale à 37°4, 37°5.

Radioscopie. — Ptose cæco-colique très importante. Cæcum incurvé latéralement vers la ligne médiane et recourbé en crochet en avant. Quatre-vingt-treize heures après l'absorption barytée, il existe encore du liquide opaque dans le cæcum, sans traces barytées dans le reste du trajet. Cæcum gros; à la palpation, gros et dilaté.

Opération (26 décembre 1929). — Ether. Laparotomie latérale droite. Vésicule saine. Le cæcum et l'ascendant sont recouverts de membranes vasculaires colo-pariétales. Le cæcum est recourbé en avant, son fond entre en contact avec la face antérieure de l'ascendant et il y est fixé par des membranes vasculaires. Sa face postérieure devenue antérieure est fixée à la paroi antérieure de l'abdomen par ses adhérences serrées. Le cæcum, libéré des adhérences antérieures et cæco-coliques, reste néanmoins recourbé en avant par traction de l'artère colique droite inférieure; il existe des tractus fibreux périvasculaires qui ont rétracté le méso de telle sorte que le cæcum est maintenu en place par les vaisseaux raccourcis. Le méso est infiltré, oedémateux, épaissi, plein de gros ganglions mous.

Hémicolectomie droite avec anastomose termino-latérale.

Drainage de quarante-huit heures. Suites sans incidents.

Le teint de la malade s'éclaircit très rapidement dans les jours qui suivent, l'appétit revient. Les sellés deviennent progressivement moulées. En février, elle a engraisé de 2 kilos et commence à sortir. Revue en avril 1930 : les fonctions intestinales sont régularisées, la malade est transformée.

CONCLUSIONS

I. — Les stases intestinales graves sont des stases cæco-ascendantes, l'anatomie pathologique le démontre amplement.

II. — Malgré le polymorphisme des signes devant les troubles du transit (vérifiés radiologiquement) et une atteinte profonde de l'état général, à longue évolution, on devra toujours penser à la stase, dont la fréquence se découvre de jour en jour.

III. — Les indications opératoires sont tirées de l'échec d'une thérapeutique médicale bien conduite. La faiblesse extrême du sujet n'est pas une contre-indication formelle.

IV. — L'hémi-colectomie droite, segmentaire, enlevant un organe atone et profondément lésé, mais laissant en place une portion raisonnable d'intestin, est la seule opération rationnelle qui présente des résultats immédiats et éloignés vraiment satisfaisants. Sa mortalité est minime, et son succès est uniquement conditionné par la valeur des sutures.

« C'est donc à tort que la résection du côlon droit est encore considérée par beaucoup de médecins comme une opération trop grave pour qu'on puisse la recommander dans les stases cæcales même les plus sérieuses. Sans doute, à leurs

yeux elle apparaît théoriquement comme le procédé de choix, mais pratiquement elle reste pour beaucoup le procédé hardi auquel on n'a le droit de recourir que rarement. » (Desmarets et Mercier.)

VU : <i>Le Doyen,</i>	VU, BON A IMPRIMER :
C. SIGALAS.	<i>Le Président,</i>
	G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 14 mai 1930.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Généralités.

- LEFEBVRE (Ch.). — La S. I. C. au point de vue chirurgical. Etat actuel de la question. Une broch., Imp. Saint-Michel, Toulouse, 1926.
- MERCIER (D.). — Etude du syndrome douloureux du côlon proximal. Thèse Paris, 1924, n° 290.
- MÉRIEL (*in* Le Dentu et Delbet). — Affections chirurgicales du gros intestin.
- CARNOT. — Les colites. J.-B. Baillière et fils, 1923.
- GABELLIER. — Indications chirurgicales. *Journ. méd. franç.*, juin 1922.
- LEFEBVRE (Ch.). — La chirurgie de la constipation. Thèse Toulouse, 1919.
- DE MARTEL et ANTOINE. — Les fausses appendicites. Etude clinique, radiologique, et thérapeutique des syndromes douloureux du cæcum et du côlon proximal. Masson-édit., Paris, 1922; 8°, p. 193 et s.
- MOUTIER (R.). — Maladie des intestins. Douat, 1926.
- PAUCHET et GÄHLINGER. — La constipation. Doin, 1926.

Clinique.

- ANTOINE. — Contribution à l'étude clinique des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite et du flanc droit. *L'Hôpital*, 1922, n° 79, p. 440.
- CHIRAY. — Sur la S. I. C. *Monde médical*, n° 37, 13 janvier 1923.
- DELBET (Paul). — Considérations sur la maladie de Lane. Soc. de Chir. de Paris, 2 mai 1923.
- DURAND et BINET. — Les typhlocholécystites chroniques. *Presse méd.*, 4 mars 1923.

- DUVAL (P.) et ROUX (J.-C.). — Contributions à l'étude du traitement chirurgical de la « stase colique » par altération du côlon droit. *Soc. de chir.*, 1914, p. 303.
- Stase stercorale cæco-ascendante. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, déc. 1920, t. X, n° 12.
- FARDY et BAUMAN. — Les deux étapes de la typhocolite chronique. *Presse méd.*, 23 juin 1926.
- De la colite à la stase. *Concours méd.*, 1923, n° 66.
- GUILLAUME. — La constipation et la stase intestinale chronique. Etude physio-pathologique et clinique. *Bull. méd.*, n°s 17-18, avril 1923,
- AUGIER. — Stase intestinale chronique. *Journ. des prat.* n° 10, 7 mars 1923.
- LARDENNOIS. — Les périviscérites adhésives de l'abdomen. *Journ. méd. franç.*, févr. 1926.
- MATHIEU DE FOSSEY et BÉHAGUE. — Syndrome neuro-psychique des colites alcalines. *Le Monde méd.*, 15 avril 1926.
- QUAIN (E.-P.). — Contribution au diagnostic et au traitement de la ptose du côlon droit et de ses complications. *Americ. Journal of Surgery*, t. XXXVIII, n° 8, août 1924, p. 198.
- ROUX (J.-C.). — La constipation cæcale et son traitement. *Journ. de méd. et de chirur. prat.*, 1918, LXXXIX, p. 855.
- SLESINGER. — Quelques aspects de la stase intestinale chronique. *Amer. Journal of Surgery*, n° 8, août 1922.

Laboratoire. Coprologie.

- GOIFFON. — Entérites chroniques et coprologie. *Presse méd.*, 2 mai 1918.
- Que peut-on attendre d'un examen de selles ? *Journ. de méd. de Paris*, 2 déc. 1922, n° 44.
- Signes coprologiques des colites. *Presse méd.*, 26 avril 1924. *Physiologie normale du pathologique. Pathogénie.*
- ALGLAVE. — Recherches expériment. sur l'exclusion et la résection du gros intestin. *Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, n° 1, 1907.

BOLOGNESIE. — Contribution à la pathogénie de la péricolite membraneuse. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. X, n° 10, sept. 1920.

DUVAL (P.). — L'intestin grêle après colectomie totale. *Acad. de méd.*, 20 oct. 1923.

LEFÈVRE. — Physiologie chirurgicale du gros intestin. (*Arch. franco-belges de chir.*, n° 3, mars 1923, p. 215.

WEISS. — Recherches cliniques et expérimentales sur la colectomie. Masson, 1926.

WEISS et PORCHER. — Existe-t-il une colisation de l'intestin grêle après colectomie. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 7, juillet 1923.

Anatomie pathologique.

BRIAN (M^{me} P.). — Les adénopathies mésentériques et la stase intestinale. Thèse Paris, 1925.

Radiologie.

BENSAUDE, GUÉNAUX et CONSTANTIN. — L'examen radiologique de la constipation habituelle.

JORDAN. — Radiologie de la stase intestinale chronique. *The Lancet*, n° 14, 3 avril 1920.

Thérapeutique.

BARDON et COIQUAUD. — La cæco-sigmoïdostomie dans le traitement chirurgical de la constipation chronique du type ascendant. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1920, p. 323.

BÉRARD. — Colectomie pour stase colique. Soc. de chir. de Lyon, 22 nov. 1923, et *Lyon chir.*, n° 1, janv. 1924.

BROHÉE. — Au sujet du traitement de la constipation. Stase stercorale droite et traitement chirurgical. *Bruxelles médic.*, n° 15, 24 janv. 1924.

DUNET. — Colectomie sub-totale pour accidents d'occlusion consé-

- cutifs à la cæco-sigmoïdostomie. *Lyon chir.*, n° 2, mars 1925.
- DUNET et PEYCELON. — De l'insuffisance des anastomoses iléo et cæco-sigmoïdiennes dans le traitement de la stase intestinale chronique; nécessité de la colectomie totale ou partielle. *Rev. de chir.*, t. LXIII, n° 3, 1925, p. 373.
- DUVAL (P.). — Discussion sur le traitement de la S. I. C. Soc. de chir., mars 1914; Soc. de chir., 15 déc. 1920.
- DUVAL (P.) et ROUX (J.-C.). — La stase stercorale cæco-ascendante et son traitement chirurgical. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. X, n° 12, déc. 1920.
- ERRARD (P.-A.-J.). — Traitement des colites rebelles. Les accidents de l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du côlon. Thèse Paris, 1921.
- GUILLAUME. — Etude critique et physio-pathologique des opérations dirigées contre la constipation et la stase intestinale chronique. *Gaz. des hôp.*, n°s 54 et 56, 7 et 14 juill. 1923.
- LANE. — Colectomie totale. *Presse médicale*, n° 2, 3 août 1921.
- LEFÈVRE. — Du traitement chirurgical de la stase intestinale chronique par la cæco-sigmoïdostomie. *Presse méd.*, n° 16, 24 févr. 1923.
- MAYO (C.-H.). — Résection de la première portion du gros intestin. *Journal Am. medic. Assoc.*, 8 août 1914, p. 446.
- PAPIN. — Constipation invétérée douloureuse et cæco-sigmoïdostomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 6, 25 mars 1925.
- Treize observations personnelles de colectomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1926, n° 11, p. 471.
- PAUCHET. — Traitement de la stase-intestinale chronique. *Paris méd.*, n° 14, 3 avril 1920.
- ROBINEAU. — Les indications opératoires dans la stase intestinale. *Bull. méd.*, n° 18, 25 avril 1923.

Suites. — Résultats. — Statistiques.

- DESMARETS et MERCIER. — Vingt cas de résection du côlon droit pour stase cæcale. *Presse méd.*, 22 nov. 1924.

- DUVAL et BÉCLÈRE. — Résultats éloignés de la colectomie. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, oct. 1923, XIII, n° 5, p. 797.
- JOHNSON (P.-P.). — Right colectomy with special reference to the end and results of a serie twelve cases. *Boston Med. and Surg. J.*, 1917, CLXXVI, p. 266.
- ROUX (J.-C.). — Stase stercorale droite et constipation gauche. Guérison des symptômes toxiques par la résection du côlon droit. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 9, nov. 1923.
- CHARBONNEL. — La place de la colectomie dans le traitement de la constipation. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 sept. 1927.

